

ESTEBAN ALBIZURI

**O NOVO CURRÍCULO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA – UMA ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE AS BASES TEÓRICAS DA MUDANÇA E A ATUAL SITUAÇÃO DA
REFORMA CURRICULAR**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão de Curso
de graduação em Medicina.

FLORIANÓPOLIS

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

ESTEBAN ALBIZURI

**O NOVO CURRÍCULO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA – UMA ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE AS BASES TEÓRICAS DA MUDANÇA E A ATUAL SITUAÇÃO DA
REFORMA CURRICULAR**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão de Curso de
graduação em Medicina.

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de São Thiago

Orientador: Luiz Roberto Agea Cutolo

FLORIANÓPOLIS

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

ALBIZURI, Esteban

O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular / ALBIZURI, Esteban. – Florianópolis, 2004.
67 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

Palavras Chaves: 1 – Educação Médica; 2 – Currículo; 3 – Sistema de Saúde

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a meus pais, que teimam em me mostrar como se deve dar a volta por cima.

A maravilhosa companheira, Halana, parceira de sonhos e trilhas.

Aos meus amigos, Gabriel, Kariny, Maria, Diogo, Alexandre, João, Gustavo, Guilherme, com os quais não tenho medo de compartilhar minhas angustias e anseios do dia a dia, e que constituem minha verdadeira família. Muito obrigado por existirem!

Grandes Mestres, referências fundamentais no curso e sem os quais estes seis anos teriam sido, certamente mais duros. Obrigado César, Cutolo, Marcão, Suely, Maninho, Eliana.

Especialmente ao Mestre Cutolo, orientador e incentivador, *gracias* por haver embarcado neste projeto.

As Karinas, que compartilhando o dia a dia do internato, surgiram como grandes amigas.

Gostaria de agradecer a Cuba e ao seu Presidente, Fidel Castro, por continuar insistindo em mostrar para toda a América Latina que outra forma de existência é possível.

Ao Che Guevara.

A DENEM, inigualável escola de vida que ensina coisas que as outras não ensinam. E agradecer junto a ela a todos aqueles companheiros que me ajudaram a entender um pouco mais das coisas da vida e da medicina. Obrigado: Frãn, Dudu, Heider, Giliate, Felipe, e tantos outros.

A UFSC, querida universidade que sempre morará no meu coração.

E a todas as pessoas que de uma forma ou de *outra* ajudaram na concretização deste TCC.

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de contextualizar a discussão de educação médica dentro do processo da construção histórica do Sistema Único de Saúde, utilizando como objeto de análise o novo processo de reforma curricular da escola médica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A contextualização histórica foi feita através de grande pesquisa bibliográfica sobre o tema. E para o estudo específico do novo currículo de medicina da UFSC foi utilizada a abordagem qualitativa, através da realização de um *grupo focal*, com a análise temática de conteúdo das falas, sendo o universo da pesquisa uma amostra intencional de oito estudantes das primeiras três fases que estão cursando o novo currículo do curso.

A análise dos depoimentos demonstrou que o novo currículo está em processo de mudança e que existem novas iniciativas de práticas pedagógicas e novas abordagens conceituais em relação ao processo de formação do médico, pontos que convivem em certo conflito com antigos e tradicionais métodos de ensino e visualização dos objetivos do curso.

RESUMEN

Este trabajo tiene el objetivo de contextualizar la discusión de educación médica dentro del proceso de la construcción histórica del Sistema Único de Salud brasileño, utilizando como objeto de análisis el nuevo proceso de reforma curricular de la escuela médica de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC).

El contexto histórico se elaboró luego de grande pesquisa bibliográfica sobre el tema. Por otro lado, para el estudio específico del nuevo currículo de medicina de la UFSC fue utilizado un abordaje cualitativo, a través de la realización de un *grupo focal*, con el análisis temático del contenido de los discursos, siendo que el universo de la pesquisa fue una muestra intencional de ocho estudiantes de las primeras tres fases que están cursando el nuevo currículo del curso médico.

El análisis de los discursos demostró que el nuevo currículum está en proceso de cambios y que existen nuevas iniciativas de prácticas pedagógicas y nuevos abordajes conceptuales en relación al proceso de formación del profesional médico, puntos que conviven conflictuosamente con antiguos y tradicionales métodos de enseñanza y visualizaciones del curso de medicina.

SUMÁRIO

<u>I.</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>II.</u>	<u>A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL</u>	2
<u>III.</u>	<u>A DISCUSSÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA NOS ANOS 90</u>	12
1.	<u>PROCESSO CINAEM</u>	13
2.	<u>OUTRAS INICIATIVAS TRANSFORMADORAS</u>	17
3.	<u>DIRETRIZES CURRICULARES</u>	20
4.	<u>PROMED</u>	23
5.	<u>PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (PEPS)</u>	24
6.	<u>APRENDER SUS</u>	25
<u>IV.</u>	<u>CRONOLOGIA DAS MUDANÇAS NA UFSC</u>	27
<u>V.</u>	<u>PERCURSO METODOLÓGICO</u>	31
1.	<u>PROCEDIMENTOS ÉTICOS</u>	31
2.	<u>BASE TEÓRICA</u>	31
3.	<u>AMOSTRAGEM</u>	31
4.	<u>COLETA DE DADOS</u>	32
5.	<u>ANÁLISE DOS DADOS</u>	33
<u>VI.</u>	<u>O NOVO CURRÍCULO</u>	35
1.	<u>AVALIAÇÃO</u>	36
2.	<u>PROCESSO DE FORMAÇÃO</u>	41
a.	<u>Estruturação do Currículo</u>	42
b.	<u>Abordagem pedagógica</u>	45
c.	<u>Espaços para discussão e construção</u>	47
3.	<u>CENÁRIOS DE PRÁTICA – INTERAÇÃO COMUNITÁRIA</u>	49
<u>VII.</u>	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	56
<u>VIII.</u>	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	58
<u>IX.</u>	<u>ANEXO</u>	62

I. INTRODUÇÃO

Ao longo destes seis anos de curso médico, muitas transformações aconteceram interna e externamente, com a escola médica e com este “quase” médico que aqui escreve.

Fruto de todas estas transformações, este trabalho visa elaborar um material para compreender o processo histórico e teórico das transformações curriculares e especialmente o processo que está em implementação aqui na UFSC.

Na sua estrutura, no seu conteúdo, estão implícitos e explícitos os ideais e a maneira pela qual acredito que se deva abordar tema de tamanha importância como o metabolizado neste texto.

A abordagem da atual discussão sobre educação médica existente no Brasil é extremamente dependente da história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e exige a contextualização da mesma. Já que esta discussão é em grande parte fruto desse movimento de construção, não podemos abordar este tema sem antes entender qual foi o caminho que se percorreu para chegar à atual situação do SUS. É esta mesma carga histórica que continua motivando e estimulando a permanente construção do sistema.

Dentro da discussão de educação médica brasileira, o objetivo deste trabalho é compreender, analisar e estudar o andamento da implantação do novo currículo da escola médica da UFSC. Acredito que um processo como este precise de trabalhos e investigações para avaliar seu andamento. Vejo como importante também, que estas análises e avaliações surjam de dentro da própria escola, como um mecanismo de autocrítica que deva existir em toda experiência semelhante.

Desta forma o presente trabalho retomará a história de construção do SUS, abordará o que há de mais atual na pauta de educação médica no país e finalmente analisará o andamento do processo de reforma curricular na escola médica da UFSC.

II. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Pensar, refletir e analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) que temos hoje, observar como se dá o trabalho médico e o dos demais profissionais de saúde nele inseridos, nos leva invariavelmente ao encontro de sua história, sem a qual não poderíamos compreender sua realidade atual e correríamos, provavelmente, o risco de fazer análises equivocadas a respeito dos processos que estão a ocorrer atualmente. Para isso é necessário voltar um pouco no tempo e remontar a década de 60. Para se compreender melhor o perfil do médico que existia no Brasil naquele então temos que compreender e visualizar qual era seu ambiente de trabalho e como se estruturava o funcionamento da saúde naquela época.

O trabalho médico no país se caracterizou durante todo o começo do século XX por uma lógica liberal, em que o médico não era empregado de ninguém e cada profissional exercia sua prática, principalmente, em consultórios particulares.

Os conceitos de saúde e doença em seus processos, historicamente determinaram o perfil do médico e a organização dos sistemas de saúde. Retornamos aos anos 60 porque é nessa época que no país se define e se ratifica uma concepção de saúde-doença que se manteria hegemônica por mais ou menos vinte anos. Esse processo se dá com o golpe militar, a centralização da atenção à saúde e com o já existente processo de medicalização da atenção à saúde.

No Brasil dos anos 60 existia uma lógica da organização do sistema em que o processo curativo não estava vinculado à prevenção ou promoção da saúde, isso pode se comprovar também pela organização da estrutura política no contexto saúde. Naquele então a assistência médica era organizada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs, que eram os responsáveis pelas ações de saúde individuais, pelo atendimento curativo, ou seja, a assistência médica propriamente dita. OS IAPs eram vinculados a cada categoria (Marítimos, Bancários, Transportes e Cargas, entre outros), sendo os mesmos unificados

em 1967 pelo governo militar formando o INPS, cabendo ao Ministério da Saúde a organização de políticas sanitárias vinculadas à prevenção e controle de epidemias^a.

Claramente era diferenciada a atuação curativa da preventiva e da promoção à saúde. Era justamente esse contexto que orientava a formação dos recursos humanos. É necessário pontuar que nesse mesmo período histórico se dá também a entrada no país do complexo médico-industrial e hospitalar de origem francamente estrangeira, principalmente dos EUA.

O governo Goulart (1961-1964) recebe o país no início da década de sessenta, um período que estava marcado por insatisfações populares. “A sociedade brasileira atingira considerável grau de industrialização e urbanização. Nestas condições, a população clamava por mudanças estruturais. A insatisfação manifestada na área da saúde era mais uma das reivindicações populares que pediam reformas de base”.¹ Nesse então acontece a III Conferência Nacional de Saúde, realizada durante o mandato do presidente João Goulart em 1963 convocada pelo então ministro da saúde Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. “A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização”.² Foi um espaço político social que já visualizava uma incoerência entre as necessidades de saúde da população e as ofertas dos serviços de saúde.

A existência de um governo de cunho socialista na América Latina em pleno pós-guerra com propostas e ideais progressistas levam a desestabilização do país em 1964 “acirrava-se o impasse entre necessidades políticas de atendimento das demandas dos trabalhadores, e a impossibilidade de contemplá-las no modelo de acumulação capitalista adotado. É neste contexto que se concretiza o golpe militar de 1964 que centraliza fortemente o poder na esfera do governo federal.”¹

^a Cabe salientar que as ações vinculadas às políticas de saúde desde o início do século XX até 1960 eram denominadas como *sanitarismo campanhista* porque tinham nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação, estas campanhas eram destinadas a combater endemias urbanas e mais tarde endemias rurais.¹

O governo militar seguiu uma política explícita de favorecimento do complexo médico industrial e hospitalar. Isso se exemplifica claramente com o sensível aumento do número de leitos para internação, particularmente a partir dos anos 60, e mais intensamente na década de 70.³ E para tal, precisava de uma formação médica que se adequasse a esse modelo. Uma das primeiras medidas nesse sentido foi aumentar o número de escolas médicas no país. Estas teriam a necessidade de formar profissionais para a atuação centrada nos hospitais, altamente intervencionista, produzindo uma medicina curativa de alto custo, e sobre tudo, sendo guiada por um conceito de processo saúde-doença principalmente biologicista. Dessa forma, a organização dessas novas escolas, entre elas a Faculdade de Medicina de Santa Catarina, se dá, conseqüentemente, montada em uma estrutura curricular *flexneriana*^b. Estrutura curricular vigente até hoje em muitas escolas médicas brasileiras e objeto das reformas e transformações curriculares abordadas neste trabalho.

O novo governo do país como todas as outras ditaduras da América Latina exercia seu poder de forma rígida e autoritária, tendo como uma de suas principais características, a de ser um poder unificado e centralizado. Essa regra também se refletiu na organização da saúde do país, contrariando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde realizada pelo governo anterior.

As políticas traçadas pretendiam modernizar a administração das empresas estatais, principalmente dentro da previdência que já sinalizava o início de sua crise, “o que daí surgiu foram novas relações entre a burocracia estatal e os empresários do setor privado no campo da saúde, como empresas médicas e hospitais particulares. Estas ligações se consolidam ao longo do período e preparam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários. Estimulava, portanto, um processo crescente e acelerado de transformação dos serviços de saúde em empresas lucrativas.”⁴

^b Proposta por Flexner no começo do século XX, a estrutura curricular “flexneriana” é aquela na qual a medicina é vista como uma ciência biológica e seu objeto de estudo é o funcionamento do ser humano como máquina biológica, este adoecendo por disfunções ou ataques externos a essa máquina. É essa estrutura curricular a que primeiro propõe um ciclo básico, um ciclo clínico e o internato hospitalar. Podemos dizer que a partir do momento que o estilo de pensamento biologicista torna-se hegemônico dentro da medicina, este será o modelo de estruturação da escola médica.

O momento era o do *Milagre Brasileiro*, o milagre econômico, contudo esse crescimento produziu concentração de renda e desvalorização do salário real, não trazendo automaticamente o bem estar social tão propagandeado, pelo contrário, agravara a situação de muitas camadas da população.⁴ “A resposta do estado a esta situação traduziu-se por uma série de medidas orientadas para uma reordenação do campo social; cria-se então o Conselho de Desenvolvimento da Previdência e Assistência Social. A nova política social deveria corrigir as distorções do modelo econômico”.⁴ E em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social).⁵ “Mudava-se alguma coisa para nada mudar”.⁴

Seguimos com uma nítida diferenciação entre o preventivo e o curativo, e em um ciclo causa-consequência permanente, fica indefinido se é a visão do processo saúde-doença que impede que se organize uma outra estrutura de atenção à saúde, ou se é essa estrutura que impede que se visualize outra concepção de saúde-doença. Nesse âmbito, se focarmos os processos de formação de recursos humanos, e mais especificamente os currículos das escolas médicas, veremos ainda uma organização biologicista da formação.

É dentro desse contexto político que na metade dos anos setenta as forças contra hegemônicas do âmbito da saúde, inconformadas com todas essas incoerências, tendem a se reorganizar,⁶ trazendo a tona um movimento político ideológico dentro do setor saúde que passaria a ser chamado movimento da Reforma Sanitária. “Na luta pela transformação do sistema de saúde e das condições da população brasileira...”⁷, constituído por jovens sanitaristas, pelo setor publicista do INPS, por parte da academia e pelo movimento estudantil da saúde, este movimento enfatizava o caráter social do processo saúde-doença⁸,⁹. “Algumas de suas principais características são o de ser um movimento supra-partidário, cuja organicidade é formada por um pensamento médico-social e o projeto é a transformação das condições de saúde da população brasileira”.⁷

Um movimento que conglomerava aquelas pessoas desconformes com a situação do país e que passam a disputar a hegemonia dentro do setor saúde. Alicerçados na reforma

sanitária italiana e guiados pelo acúmulo *gramsciniano*^c, esse movimento visualiza a real possibilidade de construção de uma outra realidade para o país, colocando a militância e lutas vinculadas à saúde como um caminho para atingir um outro projeto de país que não o estabelecido naquele então.

Essa concepção ideológica perdura até os dias atuais dentro de vários setores vinculados à saúde.

Esse movimento tem uma participação especial na criação dos departamentos de Medicina Preventiva dentro das Universidades que começam a trabalhar com os conceitos de medicina comunitária já estabelecidos e sistematizados pelo Congresso de Alma Ata, no qual a OMS coloca a atenção primária como uma alternativa para a atenção à saúde nos países em desenvolvimento. Dessa forma este movimento forma uma oposição ao sistema de saúde de então.¹

Um dos marcos do movimento da Reforma Sanitária no país foi, em 1976, a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, o CEBES, concebido como um dos mecanismos capazes de difundir essa nova consciência sanitária e buscando ao mesmo tempo construir uma rede organizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde vigente. “O CEBES passou a editar a Revista *Saúde em Debate* e um conjunto de livros em uma linha editorial com o mesmo nome. Através desse centro de estudos difundia-se uma nova proposta para a organização do sistema de saúde, inserida na luta mais geral pela democratização do país. Ao mesmo tempo, consolidara-se uma rede de relações envolvendo intelectuais, setores da burocracia, lideranças populares e sindicais, profissionais do sistema de saúde, etc.”⁶ Dessa forma, juntamente com outras forças e atores sociais passa a atuar, como tal, em outros fóruns extra-setoriais questionando o regime brasileiro.⁹ É essa instituição que vai apoiar a organização e a condução, em nível

^c Entendo por acúmulo gramsciniano, fruto do pensamento de Antonio Gramsci, uma consciência gerada dentro dos movimentos sociais onde se visualiza que a transformação da sociedade não virá através de uma macro-revolução do estado, principalmente porque a estratificação da sociedade civil impede que isso ocorra, assim sendo, o que se busca é a disputa de hegemonias setoriais que possam vir a gerar uma transformação social maior.

nacional, do processo de discussão e politização da proposta de reorganização do sistema de saúde brasileiro, a partir da perspectiva da redemocratização do estado e da saúde.⁶

A partir do começo dos anos 80 com o início da abertura do governo militar e com a inegável crise da saúde, a discussão pautada é: como aumentar a cobertura e a extensão da atenção à saúde? Em 1980 o governo organiza a VII Conferência Nacional de Saúde com o tema “Serviços Básicos de Saúde”, na qual é anunciada a criação do PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. No entanto, sem o devido suporte financeiro do próprio governo, o PREV-SAÚDE não passa de um proposta teórica e não vai muito além dos estantes burocráticos e das salas de aula dentro da academia.^{1,3}

Em 1982, como uma maneira de encontrar uma solução para a crise financeira do setor saúde e para a falta de legitimidade do próprio governo é criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Com razoável grau de aceitação dos setores reformistas apesar de diretamente subordinado ao Presidente da República, o chamado Plano CONAPS – avaliando as condições do sistema de saúde brasileiro^d da mesma forma que o fracassado PREV-SAÚDE – apresenta-se como nova proposta para a saúde do país.³

É a partir do Plano CONAPS que se implementa a política das **Ações Integradas de Saúde** (AIS). As AIS foram, explicado de forma simplória, uma forma de vinculação de recursos de ordem federal para os municípios. Regidas pelos princípios de universalidade do atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços e do poder decisório, democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; as AIS serviram como uma base técnica para a aplicação destes princípios estratégicos, apesar da resistência que o próprio governo central impôs à sua institucionalização.⁽³⁾ Este recurso federal vinculado aos municípios era oriundo da

^d Estas características resumidamente eram de um sistema que, a saber: era centralizador das decisões; privilegiava formas alternativas de financiamento que não as fiscais; possuía redes separadas e não integradas; privatizante; deteriorador da capacidade instalada do setor público; organizado independentemente das verdadeiras necessidades de saúde da população; diferencia o acesso para diferentes segmentos da população; atuação sem hierarquia, regionalização, sistemas de referência, mecanismo de integração; sendo predominantemente hospitalocentrico.³

Previdência e era destinado ao pagamento de médicos, enfermeiros e dentistas que trabalhariam em regime ambulatorial na atenção básica. Naquela época este dinheiro foi um grande reforço para o minguado orçamento municipal destinado à saúde.³

Tímidas e tidas como pouco abrangentes em seus primórdios, as AIS ganham espaço e estabelecem-se como um marco indiscutível na construção de um novo sistema de saúde, atingindo em meados da década de 80 mais de 2.500 municípios e abrangendo quase 90% da população brasileira.¹

A partir desse então as forças e articulações do movimento da Reforma Sanitária começaram a trabalhar nitidamente em duas grandes frentes, uma preocupada com a expansão efetiva dos serviços de saúde, debruçando-se sobre questões técnicas, buscando maneiras de implementar de fato, na prática, todo o acúmulo teórico construído até então, e uma segunda corrente que passa a trabalhar com a questão legal e com toda a articulação política dentro da Assembléia Nacional Constituinte^e para que toda a discussão proposta seja expressa na nova constituição que estava preste a nascer.

É justamente no âmago dessa ampla disputa que em 1986 acontece a famosa e emblemática VIII Conferência Nacional de Saúde, momento em que toda a sociedade, representada em suas mais diversas organizações, juntamente com o movimento da Reforma Sanitária, trabalharam para construir os princípios gerais do que se pretendia para o futuro da saúde do Brasil. É onde surge explicitamente que “Saúde é direito de todos e dever do estado”, além de que é ali também que se estabelecem e se difundem os princípios de **equidade, descentralização, integralidade, universalização e participação popular**, como fundamentais para a organização de um novo sistema de saúde no Brasil.¹

Por outro lado, o grupo que estava mais voltado na luta pela adoção de tais princípios na prática, participa em 1987 da criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizados de Saúde. Com o objetivo de potencializar a abrangência e efetividade das AIS e perseguindo a tão almejada descentralização do sistema de saúde, o SUDS teve como seus princípios a “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade

^e Convocada em eleição nacional em 1986 e havendo concluído seus trabalhos em 1988 com a conclusão do texto final da Nova Constituição Brasileira.

dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação dos distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Tais diretrizes objetivavam sacramentar conceitos relativos à democratização do acesso aos serviços de saúde, **liquidando com categorias diferentes de cidadãos**, e à organização da rede sob padrões técnicos apropriados”.³ [meu grifo].

É nessa conjuntura política e administrativa que depois de muitas disputas^f se estabelece a Nova Constituição Federal do Brasil. “Esta nossa Carta Magna apresenta-se através de nove grandes títulos que, em geral, são divididos em capítulos, sendo alguns destes ainda subdivididos em seções, em que estão citados 242 artigos constitucionais que enunciam os princípios fundamentais orientadores do funcionamento de toda a sociedade brasileira”.⁽¹⁾ Dentro do seu Título VIII que trata da ORDEM SOCIAL, inserido no seu segundo capítulo intitulado *Da Seguridade Social*, e presente dentro deste na Seção II – ***Da Saúde***, encontramos cinco artigos que por sua importância e clareza cito na íntegra:

Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Art. 197. *São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

Art. 198.^g *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

^f Interessante citar um comentário presente em muitos relatos referentes a tais disputas. A discussão sobre o tempo de mandato do presidente da república (4 ou 5 anos), haveria sido tão destacada no processo constituinte que outras disputas “menores” teriam perdido importância, motivo pelo qual haveria, por exemplo, passado texto tão progressista dentro da questão saúde em uma assembléia que tinha por demais membros conservadores.

^g Sofre emenda constitucional nº 29 de 2000, ainda não regulamentada.

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2.º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3.º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4.º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.^h

Um enorme passo se dá com a promulgação da Constituição de 1988. Essa cristaliza no seu texto a vitória de muitas lutas travadas ao longo de mais de vinte anos, iniciadas mesmo antes da ditadura militar e que adentram o período de redemocratização do país.

Importante ressaltar que a construção do novo sistema de saúde do país não se finalizou com a promulgação da nossa Carta Magna. O arcabouço legal está sim, contido na

^h Meus grifos.

Constituição, entretanto a normatização dessa se deu a partir de 1990 com uma sucessão de leis infraconstitucionais, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde (lei nº 8080 e 8142), nas quais se detalharam princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema.¹ Mais adiante, continuando o processo de construção do SUS são elaboradas Normas Operacionais Básicas, as NOBs, sendo estas aquele conjunto de normas legais que regulamentam o funcionamento do sistema nos seus pontos mais específicos. Em 1993 surge a NOB nº 01/93 que estabelece as relações de descentralização das três instâncias gestoras, em 1996 a NOB nº 01/96 que refina a relação entre municípios, estados e a União, e em 2003 depois de muitas discussões e debates surge a NOB nº 01/03 que é a chamada “NOB dos recursos humanos”, na qual se estabelece de que maneira o SUS exercerá sua função de regulador da formação de recursos humanos, função que lhe foi atribuída na constituição.

Para a discussão proposta neste trabalho, é fundamental apontar a característica da **Integralidade** do novo sistema de saúde e a deste passar a ser **regulador** da formação de recursos humanos. Agora, não há mais um Ministério curativo e outro preventivo, hoje todas as ações em saúde então centralizadas no Ministério da Saúde e no SUS. Conseqüentemente é necessário assumir um conceito saúde-doença mais abrangente, estabelecendo-se assim uma vitória conceitual sobre a visão biologicista da saúde e da medicina adotada até então. Esse detalhe atinge diretamente o perfil profissional que será necessário para trabalhar no sistema, isto associado ao fato de que é o SUS que deve ditar o tipo de profissional a ser formado, vem nos últimos anos revolucionando toda a discussão sobre formação profissional e transformações curriculares.

No que tange especificamente à educação médica, todo este processo gera a visualização de que é necessário questionar a formação de recursos humanos existente no país para trabalhar e construir o novo sistema de saúde nascente.

Esmiuçar esta discussão e traçar a trajetória que propõe a construção de uma proposta de transformação das escolas médicas é o tema central do próximo capítulo deste trabalho.

III. A DISCUSSÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA NOS ANOS 90

Tentarei neste capítulo abordar a discussão feita em âmbito nacional sobre educação médica e mudanças curriculares que foi pautada durante a década de 90 e nos primeiros anos da atual década. Como atores destas discussões teremos a academia, diversas entidades médicas, fundações não-governamentais nacionais e estrangeiras, o governo – principalmente através dos ministérios da Educação e da Saúde – e, mais recentemente, organizações populares através do controle social.

Muito se discutiu em educação médica em anos passados. Em todo o século XX a educação médica foi foco de importantes discussões, como o extensamente citado relatório Flexner em 1910. Mas é a partir da década de 60 que a problemática ganha importância e relevância nos mais diversos fóruns, tanto no Brasil, quanto na América Latina e no mundo.

Assim, o recorte temporal que proponho neste capítulo se justifica pelo fato de que é desde o princípio da década de 90 até os dias atuais o período em que se concentram os últimos e mais representativos acontecimentos, ou seja, quando se discute, consolida-se e conforma-se a situação atual da educação médica no país. É neste período que se instaura o processo CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), propõem-se e implementam-se novas propostas - como as mudanças pedagógicas de Londrina e Marília com a adoção do PBLⁱ - discutem-se e aprovam-se as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina. É também nesse período que o governo federal assume efetivamente o papel de promotor das transformações curriculares com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). E por fim, já no atual governo é o período no qual se assume o compromisso de transformação de todos os cursos da saúde, introduzindo-se uma nova lógica da gestão dos projetos de formação de recursos humanos com os Pólos de Educação Permanente, e mais recentemente, focando especificamente os cursos de graduação, o Aprender SUS.

ⁱ Do inglês *Problem Based in Learning*, é uma metodologia de ensino na qual o desenvolvimento de problemas é o eixo de exposição ao saber. É uma estratégia de transformação metodológica, não sendo necessariamente uma estratégia de transformação da educação médica.

Estas últimas, foram iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Como já explorado no capítulo anterior, vai caber ao SUS a regulação da formação de recursos humanos na área da saúde. Com a constituição de 1988, essa é uma das tantas e valiosas lutas propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária, que com o estabelecimento da nova ordenação nacional é colocado como lei. Lei que somente será regulamentada a partir de 2003 com a NOB 01/03. Esse ponto significa que a necessidade de saúde da população é a que de uma maneira ou de outra irá organizar a formação do médico.

1. PROCESSO CINAEM

A importância política e científica da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) dentro do período e cenário propostos e a relevância que o Movimento Estudantil^j tiveram são os motivos que me farão pormenorizar este movimento.

A avaliação do ensino médico brasileiro é bem anterior ao processo desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Em quase dez anos de atividades ininterruptas, a inovação do Projeto CINAEM encontra-se na forma adotada para realizar a avaliação e objetivos. Enquanto as iniciativas tradicionais julgam a qualidade para classificar, o Projeto CINAEM traz como objetivo principal a avaliação dos componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada através de diferentes metodologias e instrumentos.¹⁰

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico surge em 1991, fruto de uma conjuntura política na qual estava eminente a criação de um Exame Nacional de Ordem para os médicos, que já estava vigente em São Paulo. Frente a esse

^j Principalmente a DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina). Com sua atuação e prática alicerçada na construção coletiva, sempre valorizando a participação de todos os centros e diretórios estudantis espalhados pelo país.

fato, depois de várias reuniões, onze^k instituições se juntam para criar a CINAEM. O objetivo, em um primeiro momento, era: avaliar as escolas de medicina do país; sugerir medidas a curto, médio e longo prazos que sanariam as deficiências encontradas; criar mecanismos permanentes de avaliação das escolas médicas e criar mecanismos para desenvolver programas de educação médica continuada.¹¹

A CIANEM surge, devido a sua composição, com muita força política e consegue, nos seus primeiros anos de funcionamento, levar a cabo seu primeiro objetivo, o de avaliar as escolas médicas do país. Essa avaliação foi minuciosa e mais que dizer se as escolas eram boas ou más, o projeto traçou o perfil da escola médica brasileira, apontando suas características e particularidades.

O projeto foi operado em fases, sendo as primeiras três concluídas e a quarta e última foi “abandonada” no seu início. O projeto teve em uma de suas características fundamentais o fato de ter sido construído pelo conjunto das escolas em fóruns e oficinas, espaços de discussão onde sempre participavam todas as entidades envolvidas, sendo necessário destacar a participação fundamental dos estudantes no processo de construção e manutenção do projeto.¹²

A primeira fase da investida, realizada entre os anos 1991 e 1992, teve o objetivo de “descrever o perfil da escola médica brasileira e testar um modelo de análise capaz de explicar as relações entre algumas variáveis da Escola Médica que determinam a adequação e a qualidade do médico formando”.¹¹ Esta fase foi levada a cabo através da aplicação de um questionário que foi respondido por 76 das 80 escolas médicas existentes em 1991¹, foi um instrumento que conseguiu captar a realidade do conjunto das escolas, construindo-se

^k Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior/Sindicato Nacional (ANDES/SN), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

¹ Hoje há mais de 135 escolas médicas no país.

um banco de dados referente a aspectos gerais, características educacionais, recursos humanos e recursos materiais destas escolas. “O resultado da avaliação da resposta de 76 escolas médicas revelou que os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada. Outro achado importante foi o papel determinante da estrutura econômico-administrativa, recursos humanos (corpo docente) e modelo pedagógico sobre a adequação dos médicos formados”.¹⁰

A segunda fase do projeto, realizada entre 1993 e 1996, teve o objetivo de focar no indivíduo formado para se observar o perfil do egresso. Já que os resultados da primeira fase não poderiam ser extrapolados para o indivíduo visto que abarcavam o conjunto das escolas. A inadequação do modelo pedagógico vigente na grande maioria das escolas participantes foi identificada como um dos determinantes da ineficiência e ineficácia atual da resposta dos médicos às principais necessidades e demandas de saúde de indivíduos e coletividades. O pequeno crescimento cognitivo dos formandos e seu desempenho insatisfatório ao final do curso foram objetivamente revelados na segunda fase.^{10, 11}

Como resultado maior do trabalho realizado ao longo da primeira e segunda fase do projeto CINAEM encontra-se a visualização e a análise do atual processo de formação da escola médica brasileira:

O curso de medicina se organiza sobre uma estrutura com dois anos de curso básico e quatro anos de curso profissionalizante. Esta estrutura foi introduzida há quase 100 anos nos Estados Unidos, inicialmente nas universidades de Johns Hopkins, Harvard e Michigan e, posteriormente, em 90% das escolas médicas.

O ciclo básico cumpre, através das disciplinas, a finalidade de promover a compreensão do processo saúde-doença no indivíduo biológico. Há uma absoluta hegemonia dos conteúdos biológicos como campo de conhecimento utilizado para explicar, compreender e estruturar a intervenção sobre o processo saúde-doença, o que em parte justifica a dimensão biológica do homem como objeto da medicina moderna. Disciplinas de outras áreas do conhecimento como as da saúde mental, ciências sociais e saúde coletiva, apesar de figurarem no ciclo básico, acabam isoladas e periféricas, sem interface com as disciplinas de conteúdo biológico.

A dicotomia entre conhecimentos ministrados no ciclo básico e no profissionalizante, bem como entre a teoria e a prática, com nítido predomínio da primeira, a supervalorização da memória como principal atributo a ser estimulado através das avaliações aplicadas aos alunos, são realidades cristalizadas no atual processo de formação.

A semiologia pode ser definida como instrumento de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na significação morfofisiológica do sofrimento e assegura a reprodução da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica. Entretanto, a semiologia não consegue articular os conhecimentos das ciências humanas, da saúde coletiva e da saúde mental, visualizados pelos alunos no ciclo básico, na significação psicosocial do sofrimento. A incorporação destes saberes através da criação de novas disciplinas e/ou de técnicas pedagógicas integradoras, não é passível de utilização cotidiana pelos alunos, devido à racionalidade biologicista estruturante da linguagem clínica.

A capacitação dos alunos para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos é feita através de disciplinas que correspondem às especialidades médicas, ou seja, o modo de organização do trabalho médico no mercado.

O internato é organizado em estágios na clínica médica, cirurgia geral, tocoginecologia, pediatria e, em poucas escolas, medicina preventiva e social. Apesar de responsabilizar os alunos e ampliar a sua autonomia no serviço, o internato consolida o modo de intervenção no indivíduo biológico delineado ao longo do processo de formação. Portanto, o internato também reforça a concepção biologicista de abordagem do processo saúde-doença, que se mantém estruturalmente e se reproduz através do modelo de ensino médico vigente nas escolas médicas brasileiras.

O lento crescimento cognitivo do aluno até o final do curso de graduação, a forma de inserção no mercado de trabalho e a postura adotada no exercício profissional, são algumas das conseqüências deste conjunto de fatores, que compõem a realidade do atual processo de formação e despertaram o desejo crescente de transformação.¹⁰

Com esta análise de conjuntura, o conjunto dos atores envolvidos na construção do projeto juntamente com grande parte das escolas médicas do país e sempre com a incansável participação dos estudantes, representados pela DENEM, partem para a construção da terceira fase do projeto. Esta se propôs construir um caminho teórico do processo de transformação da escola médica.

Fruto do reconhecimento de que a transformação da escola não se daria de uma maneira repentina nem abrupta, a III fase do projeto propôs um trajeto de ação teórico articulado em quatro eixos: *Processo de Formação, Avaliação Transformadora, Gestão Transformadora e Docência Médica Profissionalizada*. “Construir um novo processo de formação onde pacientes, indivíduos e coletividades detenham o papel central, o aluno represente um papel ativo e com responsabilidade crescente, o professor desempenhe o papel de orientador e modelo de identificação, a incorporação da tecnologia e conhecimento ocorra de forma racional e ética, a escola desempenhe sua importante função

social na produção de novos conhecimentos, na prestação de serviços e na formação de profissionais adequados às necessidades sociais” figura como o objetivo principal desta fase.

A quarta e última fase do Projeto CINAEM, chamada de fase do “fazejamento” [vem de fazer, colocar na prática...], estava proposta como espaço para a concretização e realização do acúmulo teórico construído até então nas fases anteriores. Entretanto, devido a uma grande disputa política dentro do Colegiado da CINAEM, a publicação das novas diretrizes curriculares para o curso de graduação em medicina publicadas pelo Ministério da Educação e o aparecimento do PROMED como estímulo catalisador das transformações curriculares, a quarta fase do projeto não progrediu e acabou não se concretizando. Além dos motivos citados, existe a percepção coletiva de que enquanto o projeto estava sendo construído em nível nacional e os diversos atores [de modo geral pessoas comprometidas com a transformação] elaboravam o arcabouço teórico, a CINAEM funcionou. Entretanto, quando estas mesmas pessoas “voltam” à escola e se propõem iniciar o processo transformador em nível local as dificuldades se concentram e o conjunto CINAEM se dispersa, tornando-se extremamente difícil manter e efetivar a sua continuação dentro da escola.

Desta forma no andar de 2002 e 2003 o projeto CINAEM estaciona. É abandonado como projeto coletivo de transformação do ensino médico, porém é inegável que o acúmulo teórico, fruto de mais de dez anos de intenso trabalho, está presente hoje no cotidiano da discussão de vanguarda de educação médica do país.

2. OUTRAS INICIATIVAS TRANSFORMADORAS

É necessário abordar dentro da discussão de reformas curriculares e transformação da escola médica nos anos 90 a contribuição de outros projetos para o acúmulo da década em questão.

Projetos UNI. Em 1991 a Fundação Kellogg enviou uma carta convite para mais de seiscentas escolas de medicina, odontologia e enfermagem de toda a América Latina para que estas apresentassem projetos vinculados à área da educação e saúde. “Uma Nova Iniciativa de na Educação de Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI) foi

o nome dado a este conjunto de projetos que passariam a contar com o financiamento^m da citada fundação para sua implementação. Para sua aprovação, estes projetos deveriam ter como características: a base epidemiológica da população à qual se destinassem como fator norteadorⁿ; proposta de atividades interdisciplinares com equipes multidisciplinares; e o ensino aprendizagem deveria se dar em práticas dentro do serviço de saúde. Inicialmente foram aprovados vinte e três projetos em onze países da América Latina, sendo que no Brasil foram seis escolas as que tiveram seus projetos aprovados (Botucatu – SP, Brasília – DF, Londrina – PR, Marília – SP, Salvador – BA e Natal – RN).

Em 1997 se forma uma rede de trabalho que passaria a vincular os projetos da já existente Rede IDA^o e os novos Projetos UNI, formando assim uma nova rede que se passou a chamar Rede UNIDA. Essa passou a organizar eventos nacionais, estabeleceu alianças, inclusive com o Projeto CINAEM, e passou a influenciar nas esferas de decisão das políticas públicas de educação e saúde do país. Estabelecendo-se como mais uma referência dentro da educação médica no Brasil.¹¹

Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, mais conhecida como **Network**, foi criada em 1979 pela OMS e Opas, como uma iniciativa de criar uma integração entre diversas iniciativas de transformação que existiam espalhadas pelo mundo. Este projeto ganha importância dentro do Brasil depois que os projetos UNI

^m “O volume de recursos financeiros envolvidos no desenvolvimento da proposta é expressivo. Não se dispõe da contrapartida que as instituições locais aportam para o desenvolvimento das atividades, mas a soma das doações feitas pela Fundação Kellogg aos projetos (US\$ 49,1 milhões) e das despesas realizadas pelos programas de apoio (US\$ 7,8 milhões) caracteriza, seguramente, o maior aporte de recursos externos canalizados nos anos 90 para o campo de desenvolvimento de recursos humanos na América latina”.¹² Restará sempre a dúvida de quais os **verdadeiros** interesses que uma corporação desse porte possa ter na formação de recursos humanos na área da saúde na América Latina.

ⁿ É uma outra terminologia utilizada para falar que os projetos pedagógicos deveriam se basear nas necessidades de saúde da população.

^o Integração Docente Assistencial foi uma estratégia elaborada nos anos 70 e que perdurou durante a década de 80 e que visava uma inter-relação entre a escola médica e os serviços de saúde.¹³

passam a fazer parte desta rede a partir da década de 90. Alicerçada em projetos que tenham como base a interação entre serviço de saúde e a academia, e que utilizem como metodologia didática o PBL, esta *Network* “dedica-se essencialmente à produção de materiais, assistência técnica e promoção de encontros virtuais e presenciais entre as instituições interessadas em construir mudanças com essa orientação”.¹³

“*Changing Medical Education: an Agenda for Action*”, ou simplesmente *Changing* como ficou mais conhecida foi uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a transformação da educação médica em nível mundial. Programa lançado na I Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo realizada em 1988 e divulgado em publicação específica da OMS em 1991 trabalha com a concepção de um médico ideal que deveria possuir 5 características: 1) atender as necessidades globais do paciente; 2) usar adequadamente novas tecnologias; 3) dominar habilidades de comunicação para promover estilos de vida saudáveis; 4) conciliar as necessidades de saúde da população e do indivíduo; e 5) estar capacitado para trabalhar em equipe. Para esse objetivo o projeto visualiza a mudança do enfoque na formação. É o *Changing^p*, afirmando que o modelo tradicional da escola médica se fundamenta meramente em formar bons técnicos através de um “velho modelo de análise” que propõe como ponto inicial dessa mudança um “novo modelo de análise” baseado na idéia de que a escola médica deve ter um objetivo mais afim com as verdadeiras necessidades de saúde da população e maior sintonia com a realidade político-social daquela comunidade onde se encontra.^{13, 19}

O incentivo para estas mudanças também vincula, além da construção teórica do projeto, a arrecadação de recursos para projetos que se adequassem a essa iniciativa. O volume de dinheiro proposto inicialmente era de US\$ 2,5 milhões, sendo que a grande parte deste recurso seria para o financiamento direto destes projetos. No Brasil, duas escolas fizeram o papel de centros colaboradores da OMS para educação médica, Londrina e Belo Horizonte.^{13, 12}

^p Do inglês: mudança.

Estes foram alguns de vários espaços, projetos e propostas nos quais a discussão de educação médica foi a protagonista principal nos anos 90 e neste começo da atual década, obviamente não foram os únicos, podemos dizer que foram os que alcançaram maiores impactos em nível nacional.

É fundamental ressaltar o fato de que a construção das transformações tanto almejadas, sempre nasceu dentro das escolas médicas, mesmo que muitas vezes com incentivos externos. E é sempre importante lembrar que sem a participação dos estudantes, sujeitos de todas as realidades dentro da escola e sujeitos que estão permanentemente vivendo o dia-a-dia da escola, não ocorrerão transformações. Serão apenas mudanças impostas verticalmente e certamente não se alcançarão os objetivos que tanto se desejam com a transformação da escola médica.

O fruto destas iniciativas e a vinculação de todo esse processo à progressiva construção do SUS nesse período fizeram com que o Brasil traçasse sua própria história no contexto da educação médica mundial. É justamente por isso que se deu neste capítulo maior importância ao processo CIANEM, como visto anteriormente, este foi um espaço público onde várias entidades vinculadas à saúde avaliaram a escola médica brasileira e juntas, construindo coletivamente em espaços^q verdadeiramente democráticos, elaboraram um arcabouço teórico para a transformação das mesmas. Fato que torna o projeto CIANEM um ícone na história da educação médica deste país.

3. DIRETRIZES CURRICULARES

É importante antever um pequeno conceito sobre o que são diretrizes. Em um Estado democrático e de direito, supõe-se que certas práticas e ações entre outras tantas coisas devem ser reguladas por lei. Neste caso, as Diretrizes Curriculares para os Cursos em Graduação em Medicina são as leis pelas quais os cursos de medicina deste país devem ser regidos. Anteriormente discutido e hoje regulamentado como lei.

^q Estes espaços foram principalmente fóruns e oficinas, organizados em diversos lugares do Brasil e nos quais o direito a palavra foi estendido a todos os participantes: professores, estudantes, políticos, consultores, etc. Um referencial como processo de construção coletivo.

As novas diretrizes datam de 03 de outubro de 2001, porém antes desta, sua implementação tem uma história impregnada de disputas que se fundamentavam sobretudo no ideal do médico a ser formado.

“Diante do convite da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério de Educação e Desportos (MEC), feito pelo Edital 04/97, para que as escolas e entidades médicas e demais interessados enviassem suas sugestões e contribuições para a Comissão de especialistas em graduação médica acerca das diretrizes curriculares para o curso de Medicina no Brasil, com o intuito de compor os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos para aplicação na organização, desenvolvimento e avaliação das propostas pedagógicas dos cursos de medicina das Instituições de Ensino Superior, iniciou-se no país a organização e sistematização de propostas por parte de escolas e entidades médicas, dentre as quais destacam-se: as instituições que compõem a Rede UNIIDA, o grupo de dirigentes de escolas médicas, através da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), as entidades que compõem a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e o próprio MEC, através da proposta da sua comissão de especialistas”.¹⁴

A proposta dos especialistas do MEC foi muito criticada por **não prever** no seu texto itens considerados essenciais como:¹⁴

- *Estimular o contato antecipado do aluno com o usuário.*
- *Múltiplos cenários de aprendizagem.*
- *Tornar o aluno sujeito do seu processo de formação.*
- *Integrar os conteúdos básicos e profissionais.*
- *Avaliação formativa.*
- *Atividade prática como base para reflexão teórica.*
- *Seleção de conteúdos baseados em dados epidemiológicos.*
- *Estimular a integração entre ensino, pesquisa e extensão.*
- *Tomar como eixo estruturante do ensino da prática médica a necessidade individual e coletiva referida pelos usuários e aquelas identificadas pelos profissionais de saúde, bem como o processo de saúde-doença em si.*

A ausência destes pontos geraram grande impasse entre os demais atores que discutiam a construção das diretrizes curriculares baseados na proposta do MEC. Foi

decorrente de grande disputa política e fruto de duas grandes reuniões, uma em Brasília e outra em Petrópolis^r, que o MEC retira sua proposta, colocando como condição para isso que os outros três grandes atores (ABEM, CIANEM e Rede UNIIDA) chegassem a um acordo a respeito do texto final do dito documento. Como resultado dessa nova “negociação”, temos hoje, conforme a Lei das Diretrizes de Base da Educação Nacional, as atuais *Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina* em substituição ao antigo *Currículo Mínimo*.

Em quatorze artigos desenvolvidos em mais de cinco páginas de texto encontramos os pontos essenciais que conduzirão à formação dos futuros médicos brasileiros, dentre estes há alguns que merecem ser citados:

- **Art. 3º** - *O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com **formação generalista, humanista, crítica e reflexiva**. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.* [meu grifo]
- **Art. 4º** - *A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: **Atenção a Saúde; Tomada de Decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; Educação Permanente**.* [cada um destes tópicos no texto das diretrizes estão devidamente dissecados].
- **Art. 5º, sub-item XII.** - *Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.*
- **Art. 9º**- *O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.*

^r Esta segunda antes do XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado nesta mesma cidade Fluminense.

- *Art. 12º, sub-item VIII - Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.*
- *Art. 13º, parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.*

Não há dúvidas de que no texto final das diretrizes encontra-se em grande medida muito do acúmulo teórico da Reforma Sanitária e de toda a discussão elencada anteriormente nesse texto. Apesar de muitas vezes ser considerado simplesmente como uma nova burocracia ministerial, as novas diretrizes são o reflexo de muitos anos de luta de movimentos comprometidos com a construção de um país e um sistema de saúde mais justo e mais humano.

4. PROMED

Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. Promovido pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), no segundo semestre de 2002, este programa surge como forma de incentivo às mudanças curriculares. “Trata-se de uma proposta que visa apoiar escolas médicas que queiram, voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país, com o que estará se voltando às necessidades sociais e epidemiológicas da maioria da população brasileira. O objetivo dessa iniciativa é o de estimular que as escolas médicas atendam simultaneamente aos ditames da excelência técnica e da relevância social”.² Foi um projeto de vinculação de recursos para propostas de transformações curriculares que veio como um estímulo para que as escolas médicas brasileiras implementassem as novas diretrizes curriculares.

Mesmo que muito criticado por não ser um programa de incentivo universal^s, contar com recursos limitados e por privilegiar os “centros de excelência” do país, o PROMED

^s Somente vinte das mais de cem escolas médicas do Brasil foram aprovadas e receberam o incentivo.

serviu como catalisador para o início efetivo de algumas transformações dentro destas escolas selecionadas.

A UFSC, uma das escolas contempladas pelos recursos, começou a implementação do novo currículo a partir do primeiro semestre de 2003. Interessante citar, fato curioso e sinalizador de como muitas vezes o dinheiro é somente ilusão e estímulo imaginário, é que todo o processo de construção do projeto, articulação dentro da escola e implementação inicial da própria reforma foi feita sem um centavo da verba do PROMED, sendo que a primeira parcela somente chegou aos cofres da instituição quando a primeira turma estava já na segunda fase do novo currículo.

5. PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (PEPs)

Chegado o governo Lula, o novo Ministério da Saúde (MS), assumido por um grande contingente de pessoas vindas da militância dentro do movimento da Reforma Sanitária, encabeça o seu compromisso legal como orientador da formação de recursos humanos para atuarem no SUS como previsto na Constituição de 1988.¹⁵ Como uma de suas primeiras ações nesse sentido o MS propõe a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Estes pólos, ainda em formação, prevêm a participação dos mais diversos atores^t, “institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”¹⁶, estes PEPs serão os responsáveis por aprovar todos e quaisquer projetos vinculados à formação de recursos humanos dentro do SUS, ou seja, projetos que certamente precisarão de verbas e incentivos federais.

^t *Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:* gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.¹⁶

A grande mudança proposta é que o foco da discussão se amplie e que os diversos atores responsáveis pela formação e capacitação de recursos humanos conversem e se articulem entre si. A partir de agora não será mais possível conseguir recursos para uma transformação curricular, por exemplo, se o coletivo membro do pólo não aprovar e discutir tal iniciativa. Teoricamente, isso cria uma dinâmica que impede que seja possível criar projetos independentes, desvinculados das reais necessidades de saúde da população.

Essa nova política tem uma grande relação com a discussão de transformação da escola médica. Partindo do pressuposto de que as diretrizes curriculares deverão ser implementadas em curto prazo e de que estas mudanças certamente necessitarão incentivo político e financeiro, a partir de agora essa mudança deverá ser pactuada e aprovada pelo coletivo plural que conforma os PEPs. Fazendo com que um maior número de atores se comprometa com cada uma das propostas aumenta automaticamente o poder de realização das transformações.

6. *APRENDER SUS*

Recentemente o Ministério da Saúde aponta para a criação de um novo espaço para discussão, pactuação e promoção das estratégias de transformações da graduação dos cursos da saúde. O projeto Aprender SUS, ainda não definido na sua prática, traz como propósito a abordagem das questões relacionadas à graduação em um outro espaço, paralelo ao dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Os motivos levantados pelo próprio MS para a criação desse novo elemento dentro do seu dever de regular a formação de recursos humanos são pontualmente:

- As instituições de ensino superior não têm se inserido nos PEPs e mesmo quando o fazem tem sido de maneira desarticulada, por iniciativas pessoais ou por segmentos da instituição.
- A educação continuada tem tomado grande espaço, inibindo a emergência de outras pautas.
- Os gestores do SUS não compreendem a dimensão e o significado do ensino na integração com a rede de serviços e a gestão do sistema.

A proposta concreta e efetiva de como este “núcleo” funcionará ainda não está delimitada. O que existe é a vontade política dentro do MS para uma abordagem mais efetiva e transformadora da graduação dos cursos da saúde, questão pouco desenvolvida até agora nos PEPs.

Até a conclusão deste trabalho a primeira oficina do Aprender SUS, momento convocado pelo MS para a construção coletiva desta proposta, ainda não havia acontecido. Porém menciono este tópico por acreditar que este será o espaço público que trará as principais discussões sobre transformações curriculares nos próximos anos.

IV. CRONOLOGIA DAS MUDANÇAS NA UFSC

Neste pequeno capítulo tentarei sucintamente abordar um pouco da história da nossa escola assim com também pontuar algumas das tentativas e logros das mudanças e reestruturações feitas dentro dela, não pretendendo analisar a conjuntura ou contexto destes fatos, almejo apenas traçar uma cronologia para alguns importantes episódios dentro da história da escola médica da UFSC.

Como fonte bibliográfica desta parte do trabalho, além da pouca documentação que existe a respeito, utilizei as informações obtidas através de uma série de entrevistas que foram feitas para um outro trabalho ainda não concluído, conversas informais com alguns professores que participaram de diferentes discussões dentro da escola e também a minha própria vivência no processo da reforma curricular. Motivo pelo qual as referências deste capítulo podem parecer superficiais.

Já nos princípios da década de 50 haviam intenções declaradas de organizar um curso de medicina em Santa Catarina, tal iniciativa partia da Associação Catarinense de Medicina (ACM) e dos docentes médicos das faculdades de farmácia e odontologia.¹⁷

Porém sua fundação só se daria alguns anos mais tarde em 20 de dezembro de 1956. Foi fundada pela ACM que já nos seus primórdios constituía praticamente a totalidade da diretoria da escola. Esta diretoria começou a reunir-se oficialmente em torno de um ano após a fundação, em 14 de agosto de 1957 e ficou responsável, ao que parece pelas suas atas de reunião, pela organização e estruturação da futura faculdade.¹⁷

O curso começa efetivamente em 1960 com a primeira turma contando com 28 alunos e um corpo docente formado principalmente por profissionais da área médica da cidade de Florianópolis, grande parte destes vinculados à própria diretoria da faculdade.¹⁷

Uma das primeiras mudanças na história da escola acontece com a reforma universitária de 1968, já no governo militar, implementada a partir de 1970 quando o vestibular passa a ter entrada para Ciências Biomédicas, sendo que somente depois de um ano e meio é que se fazia a escolha de qual curso dentro das ciências biomédicas se

seguiria. Este fato criou uma grande “disputa” dentro do corpo discente posto que a maioria dos estudantes pretendiam seguir medicina e poucos conseguiam de fato entrar no curso. Esta situação volta à sua posição original em 1974 quando o vestibular volta a ser exclusivo para medicina e também é o momento em que a universidade passa a ser estruturada em centros e não mais em faculdades.

No final da década de 70, em 1978, surge uma iniciativa de estágios voluntários em postos de saúde da bacia da Lagoa da Conceição (Postos de Saúde da Lagoa, Barra da Lagoa e Rio Vermelho), com importante aceitação do corpo discente. Este estágio foi mantido e conta-se a peculiaridade de que no ano seguinte foi utilizado como “pré-requisito” para a participação no XII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) que foi realizado em João Pessoa na Paraíba.

Já na década de 80, “após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos”¹⁸ é inaugurado o Hospital Universitário (HU) em maio de 1980, um dos mais importantes acontecimentos para a escola médica da UFSC até então.

Também em 1980 acontece o surgimento do ambulatório da Costeira do Pirajubaé, projeto de extensão concebido por alguns discentes e docentes, este passa a ser um dos principais espaços de prática ambulatorial exercidos fora de ambiente hospitalar. Este espaço, importante e admirável iniciativa na diversificação dos cenários de práticas e do trabalho multidisciplinar, foi pré-requisito para a participação do estágio do campus avançado de Santarém durante o período de 1982 a 1985^u.

Em 1984, cria-se o Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário, e através de novo tipo de financiamento^v, o HU em uma parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis passa a contratar profissionais para trabalharem em Unidades Básicas de Saúde. Estes profissionais passariam a organizar uma “rede” de postos de saúde que seriam vinculados ao ensino na graduação.

^u Este estágio fazia parte do Projeto Rondon.

^v Fruto das iniciativas e articulações vinculados à existência dos projetos IDA.

Neste período acontece um rearranjo dos profissionais da rede e passam a serem oferecidos estágios optativos para os alunos das 6^a, 7^a, 8^a e 9^a fases do curso de medicina nestas unidades de saúde agora ocupadas pelos novos médicos contratados (Posto de Saúde da Lagoa, Itacorubi, Costeira do Pirajubaé e Saco Grande). Espaço que foi mantido até o início do novo internato médico em 1998.

O começo da década de 90 é movido por todo um processo que pretendia trazer vigor à discussão de educação médica na escola. Desta forma, surge impulsionada pelo colegiado do curso um núcleo, composto por dois membros de cada departamento, que trabalhou com o propósito de armar um projeto de reforma curricular, que começou a ser idealizado com a finalidade de integrar o ciclo básico e o profissionalizante e também tentar reorganizar o currículo por módulos sistêmicos. Apesar deste currículo não haver sido implementado, este processo gerou um certo movimento na escola e fez com que em 1993 se reordenassem algumas disciplinas, criando as novas disciplinas de clínica médica e clínica cirúrgica.

Mesmo que timidamente este movimento permanece dentro da escola e ajuda a propor e criar a expansão do Internato Médico.

Projetado entre 1996 e 1997 para ser colocada em prática no primeiro semestre de 1998, a expansão do Internato médico de um ano para um ano e meio é viabilizada, e ocorre também a inclusão do Internato Médico em Saúde Coletiva com adoção do Programa Docente Assistencial (PDA) e a adoção curricular de práticas na atenção primária. Conseqüente a esse processo, acontece a compressão das disciplinas da 7^a, 8^a, 9^a e 10^a fases para 7^a, 8^a e 9^a fases com o objetivo de liberar a 10^a fase para a expansão do internato. No que se refere a alterações de cenário de prática, esta é provavelmente uma das mais significativas mudanças em toda a história do curso.

A partir de 1999, aflora novamente a discussão de educação médica na escola, por demanda do MEC e incentivada pelo movimento estudantil e é criada uma comissão de discussão em educação médica. Neste mesmo ano é feito o I Seminário de Avaliação do Curso de Graduação em Medicina na UFSC (SAI) que avaliou o curso em blocos de três fases (1^a a 3^a, 4^a a 6^a, 7^a a 9^a e o internato). No ano seguinte, em 2000, como fruto da intensa participação estudantil, é aplicado em toda a escola o Teste de Qualificação Cognitiva

(TQC), instrumento criado pela CINAEM e que naquele momento serviu de complemento à avaliação da escola feita pelo primeiro SAI. Em 2001 é feito o II SAI e são apresentados os resultados do TQC e também se trás para dentro da escola um pouco da discussão da CINAEM que estaria naquele então em transição da terceira para a quarta fase.

O incentivo do PROMED surge em edital nacional no final de 2001. Não acontecendo uma ampla discussão em toda a escola, a UFSC manda carta de recomendação no início de 2002, carta que funcionaria como uma inscrição para participação do incentivo. Durante aquele ano é elaborado o projeto e enviado para avaliação, sendo que é em setembro do mesmo ano que o projeto para a transformação da escola médica da UFSC é aprovado.

No primeiro semestre de 2003 o novo currículo começa com a entrada da sua primeira turma.

V. PERCURSO METODOLÓGICO

1. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os dados coletados foram arquivados e guardados para análise, sendo que o seu acesso foi supervisionado pelo autor. Garantindo assim a privacidade e sigilo necessário para a realização de uma pesquisa destas características.

Este trabalho não pretende beneficiar diretamente os participantes da pesquisa, mas tem o compromisso de gerar e sistematizar informações e conhecimentos para o grande grupo da escola médica da UFSC.

2. BASE TEÓRICA

De acordo com a extensa bibliografia a respeito ^{19, 20, 21}, a melhor maneira de abordar temas nos quais se queira extrair e explicar sua dinâmica e o processo das relações é através da pesquisa qualitativa. A opção feita pela pesquisa qualitativa foi justamente porque esta se volta para os significados das ações e relações humanas, os quais não são captados por equações, médias e estatísticas. Desse modo, preocupa-se com os processos e não com os produtos, pois sua função principal é descrever os fenômenos sociais e coletivos. Não seria possível nesta pesquisa, tratar os dados que desejo analisar de maneira objetiva por instrumentos padronizados. A análise qualitativa se adapta bem aos objetivos deste estudo, porque ajuda a compreender e explicar a dinâmica e o processo das relações. Estas, por sua vez são cercadas por crenças, valores, atitudes e hábitos e trabalham com experiências e vivências.

3. AMOSTRAGEM

Sobre a amostragem em pesquisas do tipo qualitativa, embasado na bibliografia referente ao tema ²¹ e considerando uma série de condições (sujeitos que são essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar pessoas e tempo dos indivíduos para a entrevista), decidi por

uma amostragem intencional. A vantagem da mostra intencional é que a esta possibilita a utilização de pequenas amostras para a obtenção dos dados ²², isso porque o pesquisador direciona a pesquisa para aqueles indivíduos que acredita serem melhores fontes de informações.

Para esta pesquisa optei por uma amostragem intencional de nove informantes. Para selecionar os participantes nesta pesquisa contatei uma pessoa de cada uma das três turmas do novo currículo da UFSC^w e a esta pessoa foi instruído a convocar outras duas pessoas de sua própria turma para o dia marcado para a entrevista, completando assim os nove informantes.

4. COLETA DE DADOS

Foi realizada uma reunião, chamada pela metodologia qualitativa de *grupo focal* ²³, na qual foi proposta uma conversa com o objetivo de fomentar uma discussão com oito membros do currículo novo da UFSC para através desta recolher algumas informações e impressões do andar do novo currículo com o objetivo de qualificar a análise proposta no decorrer do trabalho.

Dessa maneira formou-se um “grupo focal” de oito estudantes membros do currículo novo, três da primeira fase, três da segunda fase e dois da terceira fase (de acordo como o que havia sido proposto na amostragem deveriam ser três estudantes de cada fase, totalizando nove informantes, porém da terceira fase somente assistiram à reunião dois deles). Chamados durante o trabalho de informantes (numerados de 1 a 8 quando se fizer referência a eles).

Neste momento ocorreu uma discussão aberta sobre a realidade do novo currículo. Como autor fui coordenador desta discussão trabalhando com o objetivo de orientar a discussão sobre temas de interesse referentes a esta realidade, evitando dar minhas próprias impressões ou opiniões sobre o processo. Durante uma hora e meia foram tema da conversa: integração entre básico e clínica, visitas à comunidade, relação com professores,

conteúdos programados, planejamento do novo currículo, etc. Não havendo sido proposto um roteiro definido de conteúdos a serem seguidos.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Através da abordagem qualitativa, a análise dos dados será feita mediante o conteúdo temático das falas.

A análise de conteúdo tem o objetivo de desvendar as ideologias, princípios e diretrizes que, em um primeiro momento podem não se apresentar com a devida clareza durante a entrevista ²¹. Sendo um instrumento muito útil para obter uma maior profundidade e complexidade acerca do assunto ou tema pesquisado. ²¹ A análise de conteúdo é também um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando maior ênfase no conteúdo das mensagens. ²⁰

Este processo se dividiu em três etapas: ²¹

- Pré-análise – na qual se fez organização do material, e a descrição analítica que ocorre em cima do referencial teórico e dos pressupostos.
- Codificação – momento no qual se classificou e categorizou o material a ser analisado
- Interpretação – instante no qual se faz a análise crítica das categorias e subdivisões do material.

Contrariamente ao que é usual nos trabalhos que utilizam metodologia qualitativa, neste trabalho não analiso cada uma das categorias encontradas separadamente, para então discuti-las. Optei, como alternativa criativa, fazer uma macro-divisão dos temas abordados em *Blocos de Informação* e logo discorrer sobre cada um desses temas para discutir, plenamente embasado, o que há de mais atual dentro do universo de educação médica, e para isso utilizei minha codificação e categorização como maneira de orientar esta discussão.

^w No momento da realização desta pesquisa somente estavam implantadas três fases do novo currículo.

O resultado de todo esse processo até aqui discutido é apresentado no próximo capítulo.

VI. O NOVO CURRÍCULO

Analisarei alguns dos principais eixos ordenadores propostos ao longo do extensivo e longo debate sobre educação médica feita no país. Produto de uma construção teórica extensa, estes eixos foram colocados como veiculadores e articuladores das transformações almejadas na escola médica. Sua presença se faz sentir desde as primeiras conferências mundiais, pequenos projetos isolados, no projeto CINAEM e, mais recentemente nas novas diretrizes curriculares. O que busco fazer é resgatar os valores destes eixos e analisar a situação destes dentro da reforma curricular da UFSC.

Para referenciar esta reflexão e análise dentro das atuais condições da escola médica da UFSC utilizarei as opiniões e pontos de vistas de alguns estudantes de medicina que estão vivenciando o novo currículo. Estas informações foram obtidas a partir do *grupo focal* (como explicado em *V. Percurso Metodológico*) e serão identificadas pelos números de cada informante (ex: Inf 1. -).

Analisarei três *Blocos de Informação (BI)* que se destacaram durante a entrevista, a saber: **Avaliação, Processo de formação e Cenários de Prática.**

A escolha desta agrupação não se deu ao acaso, esta escolha foi feita em função da importância estratégica que cada um destes *BI* guarda para a efetivação das mudanças curriculares. Entre eles encontram-se os eixos que há muitos anos são colocados como pontos-chaves, nós críticos^x, dentro da discussão de educação médica, não somente no Brasil, mas também na América Latina e no mundo. Cada um deles será comentado e desenvolvido juntamente com sua análise em relação à realidade da UFSC.

^x No Planejamento Estratégico Situacional, o nó crítico é o elemento, objeto, dentro de um fluxograma de relações que apresenta a característica da possibilidade de mutação e com esta ter um grande efeito em toda a sua análise realizada. Meu entendimento.

1. AVALIAÇÃO

Considerada por muitos como sendo uma das categorias mais importantes e estratégicas para a efetivação das transformações almejadas, o tema ganha importância por ser permanente ponto de discussão e discórdia, polêmico e também por ser um dos principais temas propostos como “linha de ação” pela CINAEM, como visto anteriormente. Brevemente recapitularei o que há de mais atual na discussão referente a objetivos e conceitos de um processo de avaliação e buscarei quais são os focos dessa discussão dentro da UFSC, e finalmente, analisarei como está a situação da avaliação no novo currículo. Estes três pontos serão abordados conjuntamente.

No momento em que fiz a análise de conteúdo do *Grupo Focal*, encontrei dentro do *Bloco de Informação – avaliação* – as seguintes categorias de resposta, a saber: *avaliação como prova; avaliação como punição; a não mudança do sistema de avaliação, prova como repetição, proposições; critérios e objetivos da avaliação*. Essas categorias encontram-se imersas nas falas citadas durante o texto, porém não serão explicitadas ou tratadas como subdivisões objetivando dar fluência ao texto.

Quando nos referimos à avaliação o primeiro que passa pela cabeça do aluno é prova. Infelizmente, essa é a realidade a respeito da percepção do conceito avaliação, tanto entre professores quanto entre alunos ⁽²⁴⁾. Fato exemplificado em:

Inf 2. – “o problema com avaliações é que a gente é bitolado com provas...”

Entretanto, a “prova” como a conhecemos e vivenciamos no nosso dia a dia é somente um instrumento, não podendo ser usado como sinônimo de avaliação, falarei disso mais adiante.

A terceira fase do projeto CINAEM coloca que a “avaliação é a estratégia inicial para auxiliar na transformação da escola médica e de seus segmentos constituintes, deixando de ser mero recurso seletivo ou classificatório”. “Desta forma, a avaliação, utilizando nova metodologia, instrumentos e critérios diferenciados, deverá efetuar modificações no comportamento de alunos, professores e da própria escola”. ¹⁰

A avaliação deve ser norteadora da formação. Fazendo uma analogia com a infância quando brincávamos com aquelas rodas de arame que guiávamos com uma varetinha e que conduzíamos a roda para onde queríamos com essa simples vareta, a avaliação também tem esse papel, ela guia e conduz a trajetória do estudo, ou melhor, orienta o estudante dentro da sua formação. É o “estudar para a prova”, tão vivenciado nos currículos tradicionais. Propõe-se que modificando o direcionamento da avaliação certamente modificar-se-á o direcionamento do estudo e da formação.^{10,25}

Da mesma forma o processo avaliativo também serve de motivador e orientador dos estudos individuais e coletivos, por isso é que se devem buscar alternativas para transformar a maneira como estudantes estudam.²⁵

Nos currículos tradicionais o instrumento avaliativo mais freqüente são as provas. Provas que se assemelham ao *vômito* de um glutão que passa um dia inteiro comendo, quando não semanas, e logo no final do dia ou na manhã seguinte, dependendo do horário marcado, toda aquela alimentação, mal digerida, não assimilada, é colocada para fora, na forma de palavras ou “xisinhos”. É assim que ironicamente o educador Rubem Alves define as provas nossas de cada dia. É um instrumento útil para quantificar o conhecimento cognitivo, mas o processo de estudo que se gera não é o que se propõe para a nova dinâmica do estudo e do curso médico. “Sabidamente os critérios e métodos de avaliação determinam de forma dominante as prioridades comportamentais de quem é avaliado”.¹⁰

Infelizmente este instrumento ainda é muito presente no novo currículo.

Inf 8. – *mudou o currículo mas parece que as provas continuaram as mesmas. Provas perguntando coisas bem decorebas...*

Inf 1. – *hoje tu tens que decorar toda a apostilinha que ele deu, se não tu vais mal na prova.*

No *Grupo focal* tive a percepção de que as provas são um dos métodos mais utilizados como instrumento de avaliação dos alunos do novo currículo. Entretanto, alguns outros métodos, mesmo que não totalmente difundidos, estão começando a fazer parte do dia a dia dentro do curso, mais adiante comentarei a respeito e serão devidamente identificados.

Inf 1. – *a gente foi condicionado para estudar para prova, a gente sempre foi criado para isso. Minha visão do que é a avaliação de hoje: totalmente punitiva! Deveria se fazer uma avaliação para acompanhar o aprendizado do aluno e não para puni-lo ou para rodá-lo só que a realidade que a gente vive é um tanto diferente disso.*

Novamente é necessário voltar a frisar que devemos superar as avaliações punitivas e com ela superar os ranços da educação básica e média, que ensinam a cultura do estudar para a prova e tirar nota boa. Resgatando e recriando o caráter formativo da avaliação dentro do processo ensino-aprendizagem.²⁴

Por outro lado temos dentro da premissa de um modelo de avaliação transformadora a de que esta sirva também para identificar os avanços e dificuldades no ensino e aprendizagem e é essa percepção que também está no imaginário de alguns estudantes e professores como se pode captar pela fala do inf 1. Ou seja, a avaliação como instrumento de diagnóstico e para através desse diagnóstico corrigir ou ratificar trajetórias e caminhos no estudo e no aprendizado. Conduzindo aquela roda de arame por caminhos mais frutíferos.

Inf 6. – *essas provas pontuais^y servem para saber se eu estou estudando legal ou não estou... acho que a avaliação também tinha que ser mais humana... essa coisa de que vai ter provas [tradicionais] e essa pressão psicológica não funciona.*

Vemos a percepção de como o tipo de avaliação modifica a postura do estudante em relação ao estudo e também como esta condiciona seu próprio humor e disposição.

É comum observar, fruto da nossa cultura de provas, a percepção de que avaliação serve somente para aferir os conhecimentos adquiridos [cognitivo], mas atualmente propõem-se instrumentos avaliativos abordando características afetivas, psicomotoras e sociais dos estudantes. A saber: solução de problemas multinível, solução de problemas com consulta, pré e pós-teste, ficha estruturada de avaliação prática, avaliação da demanda atendida pelo aluno, registros de incidentes críticos, lista de verificação, diário de curso, entre outros.^{10,26}

^y Provas pontuais são avaliações feitas em determinadas disciplinas logo depois de uma aula, geralmente prática, tem valor cumulativo e servem para o estudante identificar como foi o seu aproveitamento naquele espaço pedagógico.

Inf 8. – *acho que o que tem que estar em questão são os critérios pelos quais tu vais avaliar o aluno... por exemplo na fisiologia... ele deu uma aula geral sobre um determinado tema e na hora que ele cobrou muito específica e agora eu pergunto quais são os critérios de avaliação... A maioria dos professores não me passam o que eles querem que a gente saiba e o que eles vão cobrar em uma avaliação.*

Inf 7. – *muitos professores parecem quererem colocar medo e não querem dizer direito o que vão pedir na prova...*

Conhecer o tipo de avaliação e saber o que vai ser avaliado é uma das estratégias para se conseguir uma avaliação coerente com um projeto maior de transformação, “os objetivos da avaliação devem ser explícitos e públicos”.¹⁰ Especificamente na UFSC, neste começo de processo transformador, vivemos uma situação na qual não existe ainda a história da avaliação^z, e os estudantes desconhecem o currículo como um todo, até porque o seu processo de construção não está acabado. Mas, seja como for, ainda não foram explicitados os objetivos das avaliações e tampouco o que irá ser demandado em cada processo. Isso precisa ser corrigido.

É necessário alertar a premissa de que a avaliação deve ser organizada, unificada e seguir um mesmo padrão dentro de toda a escola, “o conjunto das iniciativas de avaliação deve estar integrado a um modelo de análise fundamentado na missão institucional e no marco teórico do processo de transformação da escola médica”.¹⁰ Caso isso não aconteça existirão forças de resistência que tenderão a trabalhar em um caminho contrário ao da transformação^{aa}.

Inf 1. – *hoje por exemplo, tenho relatório para fazer... vou para casa tenho todas as questões copiadinhas dos meus colegas e pronto... vou fazer assim.*

Inf 4. – *todo mundo está fazendo os relatórios matados porque é humanamente impossível dar conta de tudo o que está sendo pedido...*

^z Chamo de *história da avaliação* aquele conhecimento coletivo que sabe como são as provas de determinado professor. Conhecimento que é permanente orientador do estudo dentro do curso.

^{aa} Um exemplo claro dessa contraproducente organização do currículo é estereotipado neste próprio trabalho. Situando sua produção e apresentação no meio do internato médico ele acaba funcionando como um desestimulador do estudo dirigido e impede e atrapalha muito o aproveitamento do Internato.

Mostra que mesmo existindo novas alternativas de avaliação [a exemplo dos relatórios] estas devem ser integradas para que umas não roubem o lugar e o tempo das outras. É importante a sintonia e o equilíbrio entre as diferentes avaliações para que o processo avaliativo não seja regido com a lei do mais forte, e não se repita a nossa prática atual na qual as matérias que possuem as provas mais difíceis roubam tempo e dedicação daquelas que possuem uma forma de avaliação não tão exigente^{bb}.

Em 2003 na escola médica da UFSC, a partir de uma decisão do colegiado do curso, formou-se uma comissão de avaliação formada por um membro de cada departamento e um representante discente, esta comissão tinha o objetivo imediato e primordial de discutir a avaliação do internato médico na escola e depois continuar seus trabalhos no sentido de elaborar mecanismos e instrumentos de avaliação dentro da escola, tanto cognitivos, como psicomotores e afetivos. O primeiro objetivo, imediato, foi parcialmente cumprido^{cc}, avançou-se um pouco dentro da questão de avaliação do internato médico. Contudo a comissão está com seus trabalhos parados até a conclusão deste trabalho e não avançou na problemática que afeta ao resto do curso. Outra iniciativa, desta vez dentro da própria comissão de reforma curricular, foi a oferta de cursos de capacitação docente onde se procura trabalhar pedagogicamente como um todo, e onde o tema avaliação é fortemente focado. À segunda turma de professores está sendo ofertada a disciplina e esperamos que tenhamos resultados promissores e transformadores no futuro.

Dessa forma vemos que existem novas iniciativas dentro da escola médica da UFSC, tanto no que se refere a instrumentos quanto na capacitação pessoal dos próprios professores. Essas iniciativas, contudo, ainda não foram suficientes para transformar o perfil geral da avaliação na escola, que continua sendo centrada em provas cognitivas e punitivas.

^{bb} Exigente em relação ao conteúdo das provas, geralmente com maior carga a ser memorizada.

^{cc} Introduziu-se uma lista de habilidades a serem preenchidas, adicionou-se um esquema de provas cognitivas e modificou-se um pouco a questão do trabalho de conclusão de curso. A avaliação afetiva, como foi chamada, não foi elaborada ou modificada.

2. PROCESSO DE FORMAÇÃO

Consciente de que colocando neste trabalho este nome ao *Bloco de Informação* remeto a permanente comparação com a 3ª fase do Projeto CINAEM, já que utilizo a mesma terminologia, sinalizando que não desconsidero a influência que este processo teve nos últimos anos dentro do discurso do movimento estudantil em nível nacional, principalmente na DENEM, nem tampouco a importância que tal processo teve na minha formação dentro da militância no movimento estudantil. Entretanto determino *processo de formação* ao BI por entender que através deste se pode compreender quão abrangente pode ser a discussão sobre o tema, extrapolando os limites da CINAEM e somando conceitos e discussões.

Neste sub-capítulo separei as respostas em três *sub-Blocos de Informação* e estas respectivamente em categorias. A saber:

a) estruturação do curso (*sub – BI*)

- *necessidade de mudança*
- *integração de conteúdo*
- *planejamento e organização;*

b) abordagem pedagógica (*sub – BI*)

- *modelo tradicional de ensino*
- *sobrecarga de conteúdo*

c) espaços de discussão (*sub – BI*)

- *empoderamento e co-responsabilidade dos alunos*
- *relação professor-aluno*
- *relação professor-professor*

Desta maneira pretendo mostrar como se organiza o processo de formação no novo currículo dentro da escola e explicitar algumas das estruturas que de certa forma moldam o percurso do estudante na sua caminhada no decorrer do curso

a. ESTRUTURAÇÃO DO CURRÍCULO

O novo currículo de medicina da UFSC não seguiu nenhum molde curricular pré-definido, não seguiu “receitas de bolo” para se transformar, criou, moldado nas diretrizes curriculares, na sua própria história e na capacidade dos atores que trabalharam e trabalham para que a transformação começasse a acontecer, um currículo que passou a chamar-se *Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina*.²⁷

Propôs-se um currículo modular. Estando o primeiro ano do curso responsável pelo enfoque do ser humano saudável estruturado em dois semestres, Módulo I e II respectivamente. Seguido, até o final do quarto ano por quatro módulos paralelos (Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Saúde e Sociedade) e encerrando a formação de seis anos com dois anos de internato médico.²⁸

Muito além da estrutura morfológica do curso é importante explicitar que o curso deve “ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde”²⁹ como explicitado nas diretrizes curriculares do MEC.

Necessário comentar sobre o currículo antigo, ainda em andamento nos corredores da escola, algumas características de sua estruturação. Podemos considerá-lo um currículo tradicional no qual existe uma clara divisão entre básico, clínico e o treinamento em serviço, o internato curricular. Essa divisão se aprofunda ainda mais dentro de cada uma das suas partes, organizado em disciplinas, sendo que em suas duas primeiras partes são sub-divididos em áreas do conhecimento bem delimitadas como anatomia, fisiologia e bioquímica no ciclo básico e em especialidades médicas no ciclo clínico. Não havendo integração entre os ciclos e tampouco entre as disciplinas dentro dos próprios ciclos. O Internato Médico se dá dividido nas cinco grandes áreas da medicina (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia e saúde pública), cada uma funcionando dentro de seus serviços no Hospital Universitário, com exceção da saúde pública que tem suas práticas realizadas em Unidades Básicas de Saúde dentro da área do distrito docente assistencial.

Essa fragmentação propõe a organização do pensamento das partes para o todo. Ratificando a concepção biologicista do processo saúde-doença e impedindo que se

trabalhe com as necessidades de saúde das pessoas e das populações como fator de exposição ao longo do curso, uma vez que cada uma das sub-divisões estabelecidas tem que “passar” todo o seu universo de conhecimento em cada uma das áreas.

Inf 1. – *Eu reconheço a necessidade de mudança, a gente fala com todo mundo do currículo antigo por aí e a gente vê que tinha que mudar mesmo...*

Inf 3. – *Nossa vivência é breve dentro do curso ainda... mas no meu ponto de vista uma mudança no currículo valorizando os aspectos que ele busca valorizar é imprescindível, fundamental no contexto atual, seja brasileiro seja contexto mundial de atenção à saúde e de humanização da sociedade.*

Dentro das mudanças estruturais, reconhecidamente necessárias, estão as destacadas alguns parágrafos atrás que buscaram criar uma estrutura na qual as ciências básicas dêem uma base para o entendimento do ser humano saudável, mas buscando que estas trabalhem conjuntamente e não em estanques separados.²⁷ Uma busca que vem sendo bastante laboriosa, mas com resultados gratificantes.

Inf 6. – *Uma coisa que eu percebi que está funcionando mesmo e que principalmente agora na segunda fase está mais perceptível para a gente é a integração que existe entre os conteúdos, fisiologia, anatomia, histologia, por exemplo: hoje de manhã a gente saiu de uma aula de histologia de sistema respiratório e fomos para uma aula de fisiologia do sistema respiratório e as coisas são muito encaixadas. Amanhã vou ter anatomia e certamente tudo vai se encaixando...*

Inf 3. – *...tu estás estudando uma biologia celular e depois você pula à uma bioquímica e eles estão falando de um mesmo tema e correlacionando... Facilita demais!*

Paralelamente ao acúmulo morfofuncional, propôs-se um caminhar enfocando a comunidade e outro o homem como um olhar que trata de abordar conceitos humanistas da prática médica, como explicitado no objetivo do Módulo I que é o de “inserir o estudante de medicina no meio universitário, na dinâmica social das comunidades e suas relações com os serviços e sistemas de saúde. Conhecer e correlacionar os aspectos da fundamentação teórica biopsicossocial e morfofuncional do ser humano saudável, necessário ao entendimento do processo saúde-doença e ações básicas de saúde, correlacionando-os com a história da medicina e bioética, com a atitude empática e ética”.²⁷

A estrutura do novo currículo prevê que exista uma permanente interação entre as diferentes áreas do saber e seus respectivos integrantes docentes. Dessa forma, desde a primeira fase existe a participação de professores e conteúdos clínicos, e por outro lado está previsto que o aporte de insumos das áreas básicas seja oferecido até bem adiante no fluir do curso.

Esta nova dinâmica prevê a necessidade de diálogo entre todas as partes que participam do curso. É uma experiência nova que passa a realizar-se no dia a dia da escola.

Inf 2. – nunca um professor da clínica conheceu um professor da fisiologia e isso acontece agora...

Essa necessidade de dialogar para estruturar estas interações é certamente um dos maiores logros alcançados até agora na implementação do novo currículo. Assim, é necessário prever na estrutura do currículo momentos para que se construa e se potencialize essa interação.

Vemos claramente que existem muitas dificuldades para mudar a maneira como se estrutura todo um curso que há muito vem funcionando com suas práticas e vícios tradicionais.¹⁰ Uma das grandes dificuldades ainda reside em transcender os muros da universidade e adotar a comunidade como espaço de prática e fonte das demandas a serem elaboradas e trabalhadas durante o decorrer do curso.

Inf 2. – É que como não há o planejamento completo do currículo... É preciso um planejamento para saber o que é que vai acontecer até a oitava fase...

Inf 5. – ... é com isso que eu fico meio assim temeroso, no meu entender isso já deveria ter sido feito no começo, quando começou o currículo já deveríamos ter tudo planejado tudo programado... Parece que esse processo é meio atropelado...

Inf 6. – Complicado foi que começou o currículo e eles não se lembraram que a gente ia estar junto com a “xx” fase, então não teve aula prática porque o professor tinha que dar aula para a “xx” fase e não tinha professor para dar aula para a gente...

Natural a todo novo processo, a falta de planejamento na estruturação do novo currículo, parece ser [segundo grupo focal] um dos empecilhos mais importantes na configuração do novo currículo. Caso não se corrija essa falta de planejamento, muitas

outras dificuldades começarão a aparecer já que o objetivo é organizar um currículo dinâmico, integrado e interligado.

A CINAEM pontua como uma das suas linhas de ação transformadora, a *Gestão Transformadora*. “Transformar o processo de gestão das escolas médicas em uma atividade acadêmica de produção de novos conhecimentos nesta área e fundamentar o processo de gestão em projeto institucional elaborado coletivamente com objetivos e metas explícitos e com prioridades hierarquizadas”.¹⁰ Esta deverá ter a capacidade de organizar este planejamento para que os diversos atores possam atuar interligados e concatenados. A gestão não precisa e não deve ser personificada na figura de um diretor de curso ou presidente de colegiado, na realidade, para que qualquer planejamento seja implementado com sucesso, é necessário que direta ou indiretamente todos participem da gestão da escola.¹⁰

b. ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Paulo Freire no começo dos anos 80 já se burlava e criticava os métodos educativos tradicionais, colocando que os estudantes não são cofres nos quais se possa depositar o saber e os professores não são entidades capazes de transmitir conhecimento. A pedagogia paulofreiriana transcendeu e influenciou praticamente todos os movimentos educacionais no Brasil e a educação médica não foi exceção. A idéia de que o estudante tem que ser sujeito do seu aprendizado e o professor um facilitador e referencial para o estudo permeia muitas das propostas ditas de vanguarda dentro da discussão do ensino médico. Assim é na proposta do PBL, na concepção metodológica do projeto CINAEM, entre tantas outras.

Como não poderia deixar de ser, o novo currículo da nossa escola também propõe uma lógica semelhante, chamada de construtivista. Processo que é fundamental para instalar um nexos curricular que se propõe a ser orientado pelas necessidades de saúde da população, utilizando uma permanente *práxis* para construir o conhecimento. “Tomar como objeto da organização didática e pedagógica o modo como se organiza e se pratica o cuidado integral aos indivíduos e as populações através da prática clínica cuidadora, da prática sanitária e da organização dos serviços de saúde”.¹⁰ Encontramos no projeto do PROMED na imagem objetivo referente ao ponto 3.1 *Mudança Pedagógica* a intenção de que “a orientação pedagógica será baseada na centralização do processo de ensino-aprendizagem no estudante

e nas necessidades de saúde da população. Para tanto, os recursos didáticos e pedagógicos a serem utilizados serão baseados nos modelos de aprendizagem ativa. Estes incluirão aulas práticas e teóricas em pequenos grupos, seminários multidisciplinares de integração, aprendizagem baseada em problemas, raciocínio baseado em casos e orientação construtivista do processo de aprendizagem”.²⁸

Inf 2. – hoje na xx fase a coisa parece que não mudou, porque para gente a aula é tradicional, a aula não mudou nada... é a mesma transparência de antes!

Apesar destas serem teorias pedagógicas que contam com pelo menos vinte anos de existência, novas propostas são muito difíceis de se implementar. A arte desta mudança necessariamente tem que repercutir na vida diária dos professores e alunos, além de precisar de uma nova logística, mexendo também com o dia a dia de funcionários e gestores da instituição, não sendo um câmbio simples. Principalmente porque devem mudar os costumes destes atores, influenciando em práticas adotadas há muito tempo e que radicam na prática diária desde a escola elementar.

Inf 1. – sobre a sobrecarga de matérias, com a gente acontece em toda santa fase a mesma coisa... chega e dá toda a matéria que estava acostumado a dar na xx fase em quatro aulas em vez de dar essa mesma matéria em vinte aulas...

Inf 7. – que eu estou vendo um novo jeito de dar aula em somente em duas matérias que são bioquímica e fisiologia, por que as outra estão iguais... aulas expositivas literalmente...

Inf 2. – ...então eles entopem a gente de matéria...

Seria necessário promover a seleção para os conteúdos e habilidades a serem desenvolvidos e incorporados, compatíveis com as diretrizes que orientam em direção ao médico que se deseja formar, a partir de critérios éticos, humanísticos, prevalência e potencialidade de prevenção, evitando a sobrecarga teórica moldada na adoção do saber como fator de exposição durante o curso, enfatizando para esta exposição as necessidades de saúde da população. Nesse sentido o novo currículo está apresentando muitas dificuldades. São os professores que estão acostumados a “dar” aula e os alunos que estão acostumados a “assistir” às aulas. Reproduzindo a educação bancária criticada por Paulo Freire e dificultando a implementação de novas práticas preconizadas pelas diretrizes

curriculares e tão almejadas pelo projeto de transformação da escola médica da UFSC. “Tornar o aluno sujeito do seu processo de formação, o docente sujeito de sua prática e o paciente sujeito de seu cuidado”,¹⁰ será um longo e lento caminho a ser percorrido, desafiador e gratificante, aos poucos, como já evidenciado em algumas falas as mudanças vão acontecendo e na medida que novas experiências surjam essas certamente contaminarão o restante da escola.

c. ESPAÇOS PARA DISCUSSÃO E CONSTRUÇÃO

Coloco este *sub-BI* dentro do *BI – Processo de Formação* para destacar e ressaltar a importância que a participação dentro de espaços de discussão – como pode ser o Colegiado do Curso ou o Núcleo de Reforma Curricular, entre tantos outros – têm na formação do estudante como sujeito participativo. A passividade e a aceitação de decisões tomadas por outrem em espaços determinantes da realidade do próprio cotidiano são condicionamentos e atitudes que necessitam mudar, e acredito que a participação ativa e crítica nestes espaços de discussão, construção e decisão, são fundamentais na formação integral do médico. Motivo pelo qual discorro sobre o tema neste momento do trabalho. Este fato é identificado por alguns estudantes.

Inf 3. – E os problemas estruturais e operacionais realmente existem, tem que ser superados, e acredito que o nosso papel é estar contribuindo para que esta melhoria ocorra.

Inf 1. – Mas a gente quer tornar o que está bom melhor ainda, porque tem muitas coisas que são falhas e sabemos disso.

A construção deste novo currículo se deu diretamente a partir de 1999 quando se reorganiza o Núcleo de Educação Médica, que passa a trabalhar com a participação de professores e estudantes para a concretização do projeto. Uma das características de processos como este é a necessidade de que exista a participação de todos os envolvidos na sua confecção e gestão, já que o sucesso deste currículo passará pela sua construção coletiva, participando dela toda a escola.

Inf 3. – ...eu acho fundamental que continuem havendo reuniões entre os professores e alunos para que não volte a ser o que era antes...

Uma das características dessa construção na UFSC é que está existindo a possibilidade do diálogo entre todas as partes, agora é necessário potencializar esses espaços para aperfeiçoar cada um dos matizes desse currículo.

Inf 2. – *Eles [os professores] estão muito mais dispostos a tentar ajudar do que antes... sempre se reclamou da desintegração dos professores, mas eu agora indo nas reuniões, vi que também tudo isso é novo para eles também...*

Inf 6. – *eu acho fundamental que os professores entre eles se reúnam, até para não perder essa coisa boa que está acontecendo hoje que é o fato deles estarem se conhecendo...*

Uma das grandes conquistas alcançadas neste novo processo foi o aparecimento do diálogo entre os próprios professores e entre professores e estudantes. A universidade brasileira ainda sofre as conseqüências que as reformas ocorridas durante o período de governo militar - quando três pessoas caminhando juntas já era considerado um ato de conspiração. Dentro das instituições cada qual foi ficando restrito ao seu micro-ambiente, divisão em centros e departamentos, gerando o isolamento dos profissionais. Hoje vivemos um processo inverso, no qual é necessário que todos os professores se comuniquem para poder chegar à conquista da tão almejada integração entre disciplinas, básico-clínico, e principalmente dentro dos diferentes guetos do saber. É necessário que os departamentos conversem internamente, que uns conversem com os outros e que exista uma unidade no objetivo do trabalho.

Inf 1. – *... agora vai ser difícil eles fecharem as portas às nossas reclamações... O que eu me questiono é sobre esse costume de fazer reuniões com os professores... Até quando isso vai existir? Será que quando eu estiver na 12ª fase eles continuarão fazendo reuniões com a primeira fase?*

Inf 3. – *... eu acho que entre os alunos a coisa começa meio que a dissipar enquanto o currículo vai evoluindo...*

Em seu artigo 13º as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em medicina prevêem que “a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que

se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento”.²⁹ Visto como um dos grandes avanços conseguidos até agora, a comunicação dentro da escola precisa ser mantida. *Já que a única constante é a mudança*, os espaços para discussão e construção precisam ser mantidos, ampliados e potencializados como fomentadores das transformações. Principalmente porque é preciso trabalhar as necessidades de saúde da população e estas estarão em permanente câmbio, fazendo com que a escola também tenha que ir se adaptando com o tempo a estas mudanças.

3. CENÁRIOS DE PRÁTICA – INTERAÇÃO COMUNITÁRIA

As categorias que surgiram neste *BI* foram: *cenário de prática na comunidade; direcionamento do olhar nas práticas na comunidade; falta de supervisão nas atividades práticas*. Da mesma forma que no primeiro *BI* estas categorias não serão explicitadas ou tratadas como subdivisões.

A prática. Certamente um das colunas fundamentais para sustentação da formação de um médico. Impossível falar sobre transformações na educação médica, mudanças curriculares, sem falar nas vivências e cenários de práticas deste processo. Quase como apreender a andar de bicicleta... Imagine apreender teoricamente a andar de bicicleta sem nunca montar numa... Impossível!

O grande desafio é superar conceitos enraizados há muito na escola médica tradicional. Na subjetividade do pensar comum, o local de trabalho de médico é o hospital, não é para menos, há aproximadamente cem anos ele tem sido o grande laboratório médico. A partir do momento em que a ciência foi ganhando espaço à arte dentro da medicina, esta para praticar aquela precisou de um laboratório e o hospital tem servido para isso. Na estrutura de formação que Flexner nos propunha no começo do século passado, orientada para uma visão do processo saúde doença biologicista com sua prática médica pensada fundamentalmente na intervenção, o hospital-laboratório era o local ideal para a formação-prática do médico.

Entretanto no decorrer do século XX a concepção da prática médica e da organização do modelo assistencial vem mudando consideravelmente. Estamos hoje alicerçados nos princípios do SUS, com uma outra concepção do que deveria ser o trabalho em saúde e conseqüentemente como deveria ser a prática do médico. Temos hoje um sistema hierarquizado, fundamentado na atenção primária como principal porta de entrada para o sistema, onde o médico, e a equipe de saúde como um todo, devem trabalhar na prevenção e promoção à saúde e não somente na intervenção para a recuperação da saúde. Isso por si só centra o trabalho destes profissionais fora do hospital. Como conceber então a formação destes confinada a um espaço que não será seu local de prática diária depois da graduação? Seria como apreender a andar de bicicleta pedalando dentro de um apartamento.

A fuga do hospital. É necessário *fugir* do hospital. É um processo de difícil realização devido à enorme cristalização que o tempo exercido sobre o processo de formação das próprias escolas. Mas sem este passo nunca conseguiremos formar profissionais suficientemente competentes para assumir o magnífico desafio que é a construção do SUS.

Como visto anteriormente a grande expansão do número de escolas no país aconteceu por volta dos anos 60, juntamente com a expansão [mega investida] do complexo médico industrial-hospitalar no país. Portanto, não seria de se estranhar que essas novas escolas houvessem moldado toda sua estrutura de práticas centrada nestes *laboratórios*, até porque o aumento da oferta de cursos de medicina não se deu por demanda popular para atendimento das suas reais necessidades de saúde, foi uma iniciativa primordialmente privada^{dd} que certamente visava suprir os novos hospitais com profissionais capacitados. Na realidade, a lógica da formação flexneriana se implantava no Brasil com cinquenta anos de “atraso”.

^{dd} Do novo conjunto de escolas criadas a partir de 1960, principalmente durante o período do regime militar, a maioria foi feita pela iniciativa privada. E assim como na área da saúde, a educação seguiu a lógica do favorecimento à capitalização do setor.³¹

Toda a lógica da formação médica está no foco da transformação. Pela lei quem orienta a formação de recursos humanos na saúde é o próprio SUS, através do Ministério da Saúde, e as iniciativas de mudanças cursam nessa direção, formar cidadãos para cuidar da saúde de outros cidadãos. Pensando nessa lógica é necessário abandonar o hospital universitário como principal cenário de prática dentro da formação do profissional da saúde.

A direção dessa fuga deve-se dar no sentido descendente da complexidade do sistema de saúde, deixar o hospital e a atenção terciária de alta complexidade^{ee}, caminhando na direção da atenção primária. Esse caminhar encontrará diversos estágios e paradas, e seu objetivo não é abandonar definitivamente o hospital universitário como a palavra *fuga* pode sugerir, mas sim passar a funcionar como mais um cenário de prática possível.

Existem inúmeros locais que podem servir como cenários de prática para o estudante de medicina. Postos de saúde, policlínicos, creches, escolas, asilos, NAPS e CAPS^{ff} entre outros, são somente alguns exemplos da potencialidade que existe para diversificar os estágios e práticas dos estudantes.

O caminhar tem que se direcionar no sentido da comunidade e da população, o olhar tem que ser treinado para focar as reais necessidades de saúde da população, porque são estas que devem servir de eixo do desenvolvimento curricular^{gg}.²⁹ São os serviços de baixa e média complexidade que acolhem a maior parte das demandas de saúde da população brasileira e é nestes, sem os vícios da prática hospitalar, aonde se pode construir espaços para o treinamento na escuta e percepção das necessidades de saúde da população.

^{ee} Neste caso é interessante citar Merhy e abordar não só o tema da complexidade do sistema, mas também entrar na concepção das tecnologias leves, leve-duras e duras.³² Aonde o estudante deveria no começo do curso e da sua experimentação prática desenvolver as tecnologias leves e leve-duras para somente com o decorrer do curso utilizar-se de tecnologias duras.

^{ff} Núcleo de Atendimento Psicosocial e Centro de Atendimento Psicosocial.

^{gg} Orientação feita pelas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina.

Existe uma enorme resistência neste percurso, resistência que reside primeiramente na própria escola e seus professores que acostumados e formados na prática hospitalocêntrica têm dificuldade para visualizar a possibilidade de abandonar o hospital como sede do conhecimento médico; dificuldade de viabilizar o acompanhamento para os estudantes que agora devem ultrapassar os limites da escola; resistência que passa por dificuldade da própria escola em estabelecer diálogo com o serviço de saúde; e resistência pela incapacidade crônica que a escola médica possui de encarar mudanças e transformações. “O ato de criar o novo esbarra em dificuldades de docentes e discentes, em limitações da infra-estrutura e no modelo de gestão hegemônico nas escolas médicas”.¹⁰ A semiologia, por exemplo, historicamente ensinada e praticada em ambiente hospitalar, poderia ser tema desenvolvido em um pequeno centro de saúde, comprovadamente com o mesmo aproveitamento técnico por parte dos alunos.³⁰ Mudança que faria com que o estudante fosse captando matizes não só referentes à técnica, mas também ao dia a dia das pessoas, e com isso, o entendimento dos processos saúde-doença tenderiam a ser apreendidos de uma forma mais abrangente, grande objetivo das mudanças curriculares. A lógica da prática hospitalar^{hh}, como não poderia deixar de ser, é impregnada por um grande foco na doença, tratamento e cura, ficando totalmente em segundo plano a abordagem ampla do paciente, afinal de contas, se o sujeito está internado é porque a sua situação biológica-orgânica é complicada. Dessa forma o estudante reconhece como necessidades e demandas de saúde das pessoas aquelas que internam para serem “curadas”, criando conseqüentemente um viés curativo na visão do estudante.

Dentro da UFSC o processo de descentralização das práticas do ensino médico não é uma novidade. “A Universidade, pela via da extensão universitária, monta a partir de 1980, ambulatorios de periferia”⁹, que serviam como locais de prática para os estudantes de medicina e enfermagem, contudo não sendo esta uma prática curricular. Já em 1998 se cria o Programa Docente Assistencial, ampliando o internato médico de um ano para um ano e meio, e preenchendo esse terceiro semestre de internato com prática em postos de

^{hh} Presente como hegemônica em praticamente todos os currículos tradicionais e provavelmente em grande parte dos ditos transformados.

saúde localizados por toda a cidade, até os dias atuaisⁱⁱ o internato mantém esse esquema de organização. Contudo é um dos poucos espaços de prática para além do hospital que existia até a implementação do novo currículo.

A nova proposta é a de trabalhar com a inserção precoce do estudante na comunidade, fato exigido nas novas diretrizes curriculares e explicitado no projeto do PROMED. Nesse documento a imagem objetivo referente ao ponto *5.1 Diversificação dos Cenários do Processo de Ensino* propõe que “a **maioria** das atividades extramurais para a inserção comunitária e desenvolvimento de habilidades médicas se desenvolverão em ambientes de interação comunitária – instituições utilizadas pela comunidade, tais como, escolas, creches e asilos, nos serviços de saúde conveniados da rede municipal, hospital universitário e hospitais de maior complexidade da rede estadual”.²⁸ Após a publicação da portaria^{jj} no início de 2004, a utilização dos serviços de saúde como cenários de prática para a graduação passa a ser facilitado, ajudando a superar uma das grandes dificuldades referente ao diálogo entre as instituições de ensino e os serviços.

Apesar dos muitos avanços neste sentido ainda não se conseguiu uma inserção efetiva na comunidade, nem tampouco permanente. Existem alguns momentos específicos em que houve visitas a comunidade, mas isso ainda não faz parte do dia a dia da escola.

Inf 1. – Até agora eu posso falar muito pouco de comunidade porque a gente teve muito pouco contato, até agora no currículo inteiro. Eu não tive contato para poder dizer se foi uma coisa boa ou não... Eu fui na comunidade duas vezes, mas não nos falaram para onde direcionar nosso olhar, e ficamos muito perdidos, faltou supervisão, faltou objetivo, faltou organização...

Inf 8. – A gente teve muita dificuldade quando a gente foi, porque a gente foi literalmente jogado na comunidade...

ⁱⁱ Refiro-me ao currículo antigo. O novo ainda não está totalmente implementado, porém prevê dois anos de internato.

^{jj} Esta portaria oficializa a utilização dos serviços de saúde como cenários de prática para a graduação como lei federal, não mais dependendo da boa vontade dos secretários de saúde.

Na fala destes estudantes aparecem algumas referências muito interessantes, corroborando com os pontos anteriormente considerados como dificuldades para a implementação da diversificação dos cenários de prática. A falta de organização e planejamento das atividades e o despreparo com relação aos objetivos adotados nas atividades práticas, associado a uma variável quantitativa que mostra que a inserção precoce na comunidade ainda não está acontecendo, mostram alguns dos entraves e dificuldades observadas neste processo no nosso novo currículo.

Atualmente se está trabalhando para superar essas questões.

Inf 8. – apesar dessa parte da integração com a comunidade não estar acontecendo por falhas estruturais, por falhas organizacionais... A gente tem que, por vezes relevar, porque o pessoal [professores] ainda está se moldando ao currículo....

Obviamente essas mudanças são novas para todos e os professores têm grande dificuldade para se adaptar a esta nova concepção curricular. A construção de uma nova lógica de estruturação de atividades práticas, infelizmente, não é uma coisa que irá acontecer imediatamente, é um processo lento que levará tempo, mas que deve ser realizado.

Inf 1. – a interação comunitária tem que vincular todos os módulos e não somente a saúde pública...

A nova concepção curricular tem que ser discutida e pactuada por toda a escola. Ainda há muito caminho a percorrer no sentido da adoção de outros espaços de prática, hoje dentro do novo currículo a superação do hospital universitário como principal cenário para a graduação ainda não existe. As turmas que começam a trilhar os conhecimentos e saberes propedêuticos estão tendo a pouca prática que é administrada centrada no hospital.

A dita interação comunitária deve ser pensada não somente como uma visita à comunidade, *passeio ao zoológico*, deve-se conceber esta prática intrinsecamente associada aos objetivos maiores das transformações curriculares, à construção do SUS e à conseqüente transformação, progresso e revolução da sociedade. Não podemos nos dar o luxo de imaginar um diálogo entre a universidade e a sociedade se esta não for baseada nestes preceitos, é necessário utilizar as práticas extra hospitalares, as novas tendências curriculares e o instrumento social Universidade como maquinaria desse processo de

transformação. Se transformarmos nossas atividades práticas e estas influenciarem a formação dos médicos do futuro e a Universidade caminhar junto nessa trilha poderemos ser partícipes de uma nova história para nosso Brasil. Mas é necessário pensar cada um desses passos em um contexto maior, caso contrário, qualquer transformação curricular fracassará na sua essência.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar de assuntos tão importantes, como os referentes à formação de gente que irá cuidar de gente, de forma vinculada a uma reflexão mais aprofundada dos objetivos maiores que este processo procura alcançar é a análise que procurei objetivar e ressaltar durante todo este trabalho.

O tema específico focado na abordagem deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foram as transformações curriculares dentro do seu contexto e principalmente o processo que vem acontecendo na escola médica da UFSC. Entretanto, o que procurei fazer ao longo destas mais de sessenta páginas foi contextualizar, principalmente do ponto de vista do processo histórico, o que é que está acontecendo hoje dentro do universo da discussão de educação médica, com o grande objetivo de gerar reflexão contundente sobre quais são os verdadeiros objetivos perseguidos com o duro trabalho construtivo do dia a dia.

Talvez fruto deste mesmo dia a dia, ou mesmo consequência da nossa educação anterior, o fato de permanentemente visualizar os problemas debatidos de forma simplória e imediatista, fazem com que muitas vezes os reais objetivos das discussões sejam pouco ou nada abordados.

Compilando o processo histórico de construção do SUS e propondo uma ampla abordagem da discussão de educação médica feita nos últimos anos, e finalmente destrinchando um pouco o andar do nosso processo de transformação dentro da UFSC, espero contribuir com esse infindável processo de construir a possibilidade de uma outra realidade para a saúde das pessoas e populações deste país.

O novo currículo da escola médica da UFSC está iniciando um grande processo de transformação. Novos métodos pedagógicos ainda convivem com antigas e tradicionais aulas de “quadro negro e giz”, interação comunitária nas primeiras fases convivem com as tradicionais aulas práticas ao lado do leito, construção coletiva de cada um dos passos ainda está permeada de professores e alunos conservadores que não concebem dar um passo à frente no processo de transformação da escola, e dessa maneira, é no rebuliço de avanços e retrocessos que se está construindo o novo currículo.

Dessa forma, vejo que é **fundamental** compreender que os objetivos das transformações curriculares não terminam na estrutura da escola e que seu produto não é simplesmente o médico formado. É necessário visualizar que a escola médica é parte integrante de uma universidade que é, ou deveria ser, uma ferramenta de Estado para a transformação da sociedade. A escola médica não conclui suas responsabilidades na formação dos seus médicos porque esta também é responsável pela construção de um sistema de saúde que está concebido para transformar esta sociedade desigual e injusta em que vivemos, o SUS está em construção e a nova escola médica deve contribuir neste processo.

Este trabalho termina com estas considerações, mas certamente não o trabalho, dedicação e militância de todos.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Selma; Soares, Darli; Cordini, Luiz. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed UEL, 2001.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Página oficial do ministério da saúde: www.saude.gov.br. Acessado em maio 2004.
3. NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito a saúde. IN: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumara: ABRASCO, 1994. 280p. ISBN 8585427752 (broch.)
4. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil.. Petropolis: Vozes, 1983.
5. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de, PONTES, Ricardo José Soares e MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica, jul./ago. 2000, vol.8, no.1-2, p.85-91. ISSN 1020-4989.
6. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. 232p. ISBN 8524901896 (Broch.)
7. ESCOREL, Sara. Citação IN: DA ROS, Marco Aurelio; AROUCA, Antonio Sergio da Silva. Um drama estratégico : o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina. 1991. 343f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública.
8. DGINKE M. H. G. O impacto da implantação do programa saúde da família medido pelo grau de satisfação: estudo de caso em Santa Rosa de Lima/SC. Florianópolis, 2001. 110 p. Trabalho Apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão de Curso de graduação em Medicina – UFSC.

9. DA ROS, Marco Aurelio; AROUCA, Antonio Sergio da Silva. Um drama estrategico : o movimento sanitario e sua expressão num municipio de Santa Catarina. 1991. 343f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saude Publica.
10. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira : projeto CINAEM III fase : relatório 1999-2000 / CINAEM ; organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho do Santos. – Pelotas : UFPel, 2000
11. MARCONDES, Eduardo; GONÇALVES, Ernesto Lima. Educação médica. São Paulo: SARVIER, 1998. 409p. ISBN 85-7378-090-8
12. ALMEIDA, Marcio José. Educação Médica e Saúde: possibilidade de mudanças. Londrina: ed UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
13. LAMPERT, Jadete Barbosa. Tendências na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Huncitec / associação Brasileira de educação Médica, 2002.
14. DENEM. Documento produzido pela Assessoria de Educação e Saúde da DENEM, gestão 2000.
15. BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No 198/GM/MS. Brasília, 2004
17. ALBIZURI, Esteban. Primeiro Currículo da Faculdade de Medicina De Santa Catarina e seu Contexto Histórico. Florianópolis 2001. Trabalho apresentado para a conclusão de disciplina de Tópico Especial, História da medicina.
18. UFSC – HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO. Pagina oficial na Internet do Hospital Universitário da UFSC. Disponível em www.hu.ufsc.br. Acesso em maio de 2004.
19. LUDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. A. (Marli Elisa Dalmazo Afonso de). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E. P. U., c1986. 99p.

20. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6. ed Petrópolis: Vozes, 1996. 80p ISBN 8532611451
21. TRIVINOS, Augusto N. Silva (Augusto Nivalde Silva). Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p ISBN 8522402736.
22. GOLDIM, J.R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
23. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p ISBN 8527101815
24. SOUZA, Maria Paula Garcia; Ragel, Mary. Avaliação: um Impasse na Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.27 n°3, set/dez. 2003.
25. CALIMED. Oficina de Educação Médica. Centro Acadêmico Livre de Medicina. Florianópolis, maio de 2004.
26. MARCONDES, Eduardo; GONÇALVES, Ernesto Lima. Educação médica. São Paulo: SARVIER, 1998. 409p. ISBN 85-7378-090-8
27. UFSC. Manual do Aluno do Curso Integrado de Graduação em Medicina da UFSC, Módulo I. Florianópolis, 2004.
28. UFSC. Projeto de reformulação Curricular do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, Anexo 2. Florianópolis, 2002.
29. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Medicina 2001. Ministério da Educação, A Secretaria de Educação Superior.
30. WORLEY, Paul; Esterman, Adrian; Prideaux, David. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings BMJ 2004;328:207-209, doi:10.1136/bmj.328.7433.207

31. FEUERWERKWER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. São Paulo: Huncitec, 1998.
32. MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Revista Interface v.4, n.6, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>. Acesso em junho 2004.

IX. ANEXO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Esteban Albizuri** e estou desenvolvendo a pesquisa ***O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular***, com o objetivo de obter maiores informações sobre o andamento da implementação do novo currículo de medicina da UFSC, analisando, pesquisando e estudando quais as relações que existem entre a argumentação teórica e a realidade prática do processo de mudança curricular. Este estudo é necessário porque é uma forma de analisar o novo currículo e dessa forma contribuir para seu aprimoramento, e será realizada entrevista gravada (*tipo grupo focal*), transcrita e analisada. Não traz riscos aos participantes, sendo o único desconforto a disponibilidade de tempo (aproximadamente 40 minutos). Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 233-3078 ou via correio eletrônico (albizuri@yahoo.com). Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa ***O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular*** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ de 2004

Assinatura: _____ RG: _____